

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

Nicole Ferreira Henn

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO PERIOPERATÓRIO EM
CIRURGIA CARDÍACA: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO PACIENTE**

Santa Cruz do Sul

2025

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

Nicole Ferreira Henn

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO PERIOPERATÓRIO EM
CIRURGIA CARDÍACA: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO PACIENTE**

Trabalho de Curso apresentado à disciplina de Trabalho de Curso em Enfermagem II da Universidade de Santa Cruz do Sul para a obtenção do título de Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Enfa. Dra. Janine Koepp.

Santa Cruz do Sul
2025

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

Nicole Ferreira Henn

Santa Cruz do Sul, dezembro de 2025.

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PERIOPERATÓRIA EM
CIRURGIA CARDÍACA: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO PACIENTE**

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora.

Foi aprovado em sua versão final, em 05 de dezembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Enfa. Dra. Janine Koepp.

Orientadora

Prof.^a Ms. Enf.^a Daiana Klein Weber Caríssimi

Integrante da banca

Prof.^a Dr.^a Enf.^a Morgana Pappen

Integrante da banca

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, meu amparo quando tudo parecia desabar. Em tantos momentos desta caminhada, temi os passos que ainda não enxergava, mas, assim como diz a canção “*Deus Coloca o Chão*”, Ele sempre preparou o caminho antes mesmo que eu ousasse avançar. Quando meus esforços pareciam insuficientes, Ele me lembrava que não era sobre a força que eu tinha, mas sobre o cuidado colocado em cada detalhe; e, quando o peso da jornada quase me fez parar, mostrou que eu nunca estive sozinha, firmando o chão onde eu só via incerteza e sustentando meus pés quando eu não sabia onde pisar. Sou profundamente grata porque cada desafio, cada madrugada de estudo e cada dúvida foram acolhidos por Ele; se cheguei até aqui, é porque Deus colocou o chão exatamente onde eu precisei e me mostrou o caminho nas vezes em que eu me sentia perdida, devolvendo sentido à minha direção.

Aos meus pais, Tatiane e Alexandre, minha base, meu norte e meu abrigo. Obrigada por cada renúncia silenciosa, por cada gesto de amor que me sustentou nos dias difíceis, e por me ensinarem, com o exemplo, o valor da coragem, da honestidade e da compaixão. Foi nos olhos de vocês que encontrei força quando pensei em desistir, e nos braços de vocês que encontrei repouso nos momentos de exaustão. Se cheguei até aqui, foi porque vocês nunca soltaram a minha mão.

À minha irmã, Valentina, companheira de vida, de risos e de confidências, obrigada por estar sempre ao meu lado, mesmo quando eu precisei me afastar para alcançar este sonho. Tua leveza iluminou dias cansativos, tua escuta me acolheu quando eu não conseguia organizar meus próprios pensamentos e tua presença amorosa me deu forças quando a minha já não bastava. Ter você comigo tornou essa jornada mais suave, mais bonita e infinitamente mais possível.

Ao meu namorado, Leonardo, que caminhou ao meu lado com ternura e compreensão. Por cada gesto de incentivo, por acolher minhas inseguranças e celebrar cada pequena vitória, deixo aqui minha mais sincera gratidão. O teu apoio silencioso foi essencial para que eu não perdesse o fôlego nem a fé no caminho, assim como sua paciência nos momentos em que eu estava presente apenas de corpo, sem conseguir oferecer a atenção que você merecia. Obrigada por entender minhas ausências, mesmo quando eu não sabia como equilibrar tudo.

Aos meus avós, Cleusa, Milton, Edelurdes e Jorge, que são fonte de sabedoria, carinho e inspiração. Vocês me ensinam todos os dias, com simplicidade e amor incondicional, a ser

uma pessoa melhor. Agradeço por me mostrarem o que é força sem dizer nenhuma palavra e por cada gesto de amor e cuidado que marcou a minha trajetória. Suas palavras de fé, seus conselhos serenos e o brilho nos olhos cada vez que falam de mim são combustível para que eu continue buscando o meu melhor. Muito do que sou e do que conquistei carrega a marca do amor de vocês.

À minha orientadora, Janine, deixo aqui minha mais profunda gratidão pela escuta atenta, pelas orientações sempre pacientes e pelo incentivo que tantas vezes me sustentou quando minhas forças pareciam se esgotar. Seu olhar cuidadoso deu forma ao que antes era apenas ideia, e sua confiança no meu potencial iluminou caminhos que eu mesma não enxergava. Obrigada por não permitir que eu desistisse nos momentos em que já não via esperança e por me conduzir com generosidade, firmeza e humanidade. Cada capítulo deste trabalho carrega um pouco do que aprendi ao seu lado.

À minha família, amigos, colegas e a todos que, de alguma forma, estiveram ao meu lado durante essa caminhada, minha profunda gratidão. Cada palavra de incentivo, cada mensagem no momento certo, cada risada que aliviou o peso dos dias difíceis e cada gesto de cuidado fizeram diferença no meu percurso. E um agradecimento especial à Daísa, Letícia e Milena, que nunca largaram a minha mão. Obrigada por permanecerem comigo quando o caminho parecia longo demais, por compartilharem o fardo e também as pequenas vitórias. A força de vocês me alcançou mesmo nos dias em que eu estava cansada demais para pedir ajuda, e foi nesse apoio fiel que encontrei coragem para seguir. Vocês foram abrigo, impulso e companhia — e sou imensamente grata por cada passo que caminhamos juntas.

A todos vocês, dedico este trabalho. Ele não nasce apenas de horas de estudo, mas do amor que me sustentou, da presença que me acolheu e da fé que cada um depositou em mim quando minhas próprias certezas tremiam. Cada página carrega um pouco de cada gesto, cada palavra de apoio e cada silêncio de cuidado que recebi ao longo dessa caminhada. Minha eterna e mais profunda gratidão.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A cirurgia cardíaca é um procedimento de alta complexidade que demanda ações educativas sistematizadas da equipe de enfermagem no perioperatório, a fim de favorecer a compreensão, a segurança e o autocuidado do paciente. **OBJETIVO:** Analisar as ações educativas desenvolvidas pela equipe de enfermagem no período perioperatório de cirurgia cardíaca, a partir das percepções de profissionais e pacientes. **METODOLOGIA:** Estudo qualitativo, transversal e descritivo, realizado em hospital de referência em cardiologia, com 12 profissionais de saúde atuantes na área cardiovascular e 6 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Os dados foram produzidos por meio de questionário semiestruturado com questões abertas e fechadas, sendo organizados pela técnica de Análise de Conteúdo, com apoio do software IRaMuTeQ. **RESULTADOS:** As orientações de enfermagem foram conduzidas predominantemente de forma verbal, pontual e pouco padronizada, com baixa utilização de materiais educativos impressos ou digitais e limitada participação da família. Sobrecarga de trabalho, limitação de tempo, ausência de protocolos específicos e baixa familiaridade com metodologias educativas foram apontadas como barreiras institucionais, fragilizando a comunicação, dificultando o esclarecimento de dúvidas e comprometendo a compreensão das informações, especialmente entre pacientes com baixa escolaridade. Profissionais e pacientes reconheceram a escuta ativa, o acolhimento e a humanização como elementos centrais para a qualificação do cuidado e o fortalecimento do autocuidado no pós-operatório. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conclui-se que a educação em saúde no perioperatório de cirurgia cardíaca exige padronização de fluxos educativos, elaboração e uso de materiais acessíveis e investimento em educação permanente em enfermagem, reconhecendo o enfermeiro como agente estratégico na comunicação, na segurança do paciente e na continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Cardiologia. Cirurgia Torácica. Cuidados de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Assistência Perioperatória.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cardiac surgery is a high-complexity procedure that demands systematic educational actions from the nursing team in the perioperative period, in order to promote patient understanding, safety, and self-care. **OBJECTIVE:** To analyze the educational actions developed by the nursing team in the perioperative period of cardiac surgery, based on the perceptions of professionals and patients. **METHODOLOGY:** Qualitative, cross-sectional and descriptive study, conducted in a reference cardiology hospital, with 12 health professionals working in the cardiovascular area and 6 patients undergoing cardiac surgery. Data were produced through a semi-structured questionnaire with open and closed questions and organized using the Content Analysis technique, with the support of the IRaMuTeQ software. **RESULTS:** Nursing guidelines were predominantly delivered verbally, in a punctual and poorly standardized manner, with low use of printed or digital educational materials and limited family participation. Work overload, time constraints, absence of specific protocols, and low familiarity with educational methodologies were identified as institutional barriers that weaken communication, hinder clarification of doubts, and compromise information comprehension, especially among patients with low educational level. Both professionals and patients recognized active listening, welcoming, and humanization as central elements for improving care quality and strengthening self-care in the postoperative period. **FINAL CONSIDERATIONS:** It is concluded that health education in the perioperative period of cardiac surgery requires the standardization of educational flows, development and use of accessible materials, and investment in continuing education in nursing, recognizing nurses as strategic agents in communication, patient safety, and continuity of care.

Keywords: Cardiology. Thoracic Surgery. Nursing Care. Nursing Diagnosis. Perioperative Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

- AVC:** Acidente vascular cerebral
- CRM:** Cirurgia de revascularização do miocárdio
- DCVs:** Doenças cardiovasculares
- ERAS:** Enhanced Recovery After Surgery
- ESF:** Estratégia de saúde da família
- HAS:** Hipertensão arterial sistêmica
- IAM:** Infarto agudo do miocárdio
- IC:** Insuficiência cardíaca
- IRaMuTeQ:** Interface R para Análise Multidimensional de Textos e Questionários
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- PIB:** Produto Interno Bruto
- SAE:** Sistematização da Assistência de Enfermagem
- SCA:** Síndrome coronariana aguda
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- TOT:** Tubo orotraqueal
- UAA:** Unidade Acadêmica Ambulatorial
- UTI:** Unidade de terapia intensiva
- VNI:** Ventilação não invasiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa (profissionais de saúde) n=12.....	23
Tabela 2 – Ações educativas e percepções dos profissionais de saúde sobre as orientações aos pacientes n=12.....	25
Tabela 3 – Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca n=6 28	
Tabela 4 – Percepções dos pacientes sobre as orientações de enfermagem no perioperatório n=6.....	30

LISTA DE FIGURAS

Figura A1 – Dendrograma das classes lexicais geradas pelo IRaMuTeQ..... 72

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivo Geral.....	13
2.2 Objetivos Específicos.....	13
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	14
3.1 Pacientes com comorbidades cardiovasculares.....	14
3.2 Cirurgia Cardíaca.....	15
3.3 Cuidados em Saúde no Pré e Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca.....	17
3.4 Educação em Saúde.....	19
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 Tipo de estudo.....	22
4.2 Local do estudo.....	22
4.3 Sujeitos do estudo.....	23
4.4 Critérios de inclusão.....	23
4.5 Critérios de exclusão.....	23
4.6 Coleta de dados.....	24
4.7 O instrumento de coleta.....	24
4.8 Análise de dados.....	24
4.9 Questões éticas.....	25
4.10 Riscos e Benefícios para o sujeito.....	25
4.11 Riscos e Benefícios para a instituição.....	26
4.12 Devolutivas ao hospital e ao CEP.....	26
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	27
5.1 Caracterização dos participantes.....	27
5.2 Comunicação e acolhimento no período perioperatório.....	35
5.3 Estratégias educativas e recursos utilizados.....	36
5.4 Barreiras e desafios da prática educativa.....	38
5.5 Humanização e escuta ativa no processo educativo.....	39
5.6 Sugestões e propostas de melhoria.....	41
5.7 Conclusão da análise de dados.....	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44

7 REFERÊNCIAS.....	46
ANEXOS.....	53
ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	54
ANEXO II - CARTA DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO PARCEIRA.....	56
ANEXO III - CARTA DE APRESENTAÇÃO AO CEP.....	57
ANEXO IV - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	58
ANEXO V - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	59
APÊNDICES.....	64
APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS (PACIENTES).....	65
APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS (PROFISSIONAIS).....	69
APÊNDICE III - DENDOGRAMA.....	72

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs) são a principal causa de mortalidade no Brasil, com aproximadamente 400 mil óbitos registrados em 2022, superando outras doenças crônicas não transmissíveis (Floresti, 2024). Entre as DCVs, destacam-se o infarto agudo do miocárdio (IAM), a insuficiência cardíaca (IC), as síndromes coronarianas agudas (SCA) e o acidente vascular cerebral (AVC), que, juntos, correspondem à maior parte dos óbitos por causas naturais, com mais de 308 mil mortes registradas apenas por IAM e AVC em 2022 (Oliveira *et al.*, 2023). Fatores de risco como hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, dietas inadequadas, obesidade, tabagismo e sedentarismo contribuem para o agravamento desse cenário (OPAS, 2024). Além do alto índice de mortalidade, as DCVs demonstram impactos significativos no sistema de saúde e na produtividade nacional. Além da elevada mortalidade, as DCVs geram impactos expressivos nos custos em saúde e na produtividade, representando um importante problema de saúde pública no país.

A internação para cirurgia cardíaca expõe o paciente a uma fase crítica, marcada por instabilidade clínica e forte abalo emocional, sobretudo nos períodos pré e pós-operatório, quando as incertezas e os riscos se tornam mais evidentes (Leite *et al.*, 2024). Nesse contexto, a atuação da enfermagem é estratégica não apenas para garantir a estabilidade clínica, mas também para oferecer suporte emocional e orientar o paciente em relação ao processo cirúrgico e à reabilitação. Estudos indicam que a qualidade da assistência prestada nesses períodos influencia diretamente nos desfechos cirúrgicos e na experiência do paciente (Farias; Cruz, 2010).

Entretanto, embora a dimensão técnica da assistência de enfermagem no contexto da cirurgia cardíaca venha sendo fortalecida por meio de protocolos e capacitações, ainda se observa uma fragilidade persistente nas ações educativas realizadas pela equipe. De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen, 2022), as orientações fornecidas aos pacientes são, com frequência, genéricas, descontextualizadas e limitadas ao período de internação, o que compromete a continuidade do cuidado no domicílio. Essa limitação evidencia um distanciamento entre o discurso institucional sobre educação em saúde e a prática cotidiana, na qual o paciente muitas vezes recebe informações fragmentadas, sem clareza ou adaptação às suas reais necessidades.

A ausência de orientações estruturadas e fundamentadas compromete a construção da autonomia do paciente, dificultando sua participação ativa e consciente no processo de

tratamento. Quando não há planejamento educativo adequado, o paciente tende a permanecer passivo frente às decisões sobre sua própria saúde, o que compromete a adesão terapêutica e aumenta a vulnerabilidade clínica.

Salzmann et al. (2020) evidenciam que a cirurgia cardíaca configura um evento altamente estressante, frequentemente acompanhado de ansiedade, medo, depressão e dor, e que a falta de informação e a incerteza contribuem para o aumento da ansiedade no período pré-operatório. Essa ansiedade prévia se associa a piores desfechos pós-operatórios, incluindo maior incidência de complicações, aumento do uso de serviços de saúde, rehospitalizações e mortalidade em pacientes submetidos à revascularização do miocárdio. Os autores ressaltam, ainda, que intervenções educativas pré-operatórias individualizadas, aliadas a suporte psicossocial, apresentam potencial para reduzir a ansiedade e melhorar indicadores como qualidade de vida, incapacidade relacionada à doença, tempo de internação e parâmetros inflamatórios.

Compreender o cuidado de forma ampliada é essencial para que a assistência de enfermagem transcendia a dimensão técnica e promova uma recuperação mais digna, segura e consciente. A valorização da comunicação terapêutica, do acolhimento e da escuta ativa deve ser resgatada como núcleo da prática profissional, especialmente diante das exigências do cenário pós-operatório em cirurgia cardíaca.

A atuação da enfermagem é, portanto, fundamental para a recuperação cirúrgica, sendo responsável por cuidados como controle da dor, manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico, suporte ventilatório, monitorização hemodinâmica, prevenção de infecções e apoio emocional ao paciente e à família (Silva; Silva, 2021; Vieira, 2023). Além disso, as intervenções educativas realizadas pela enfermagem favorecem a adesão às orientações e a preparação do paciente para o autocuidado no domicílio, reduzindo complicações pós-operatórias e reinternações.

Dessa forma, uma investigação aprofundada sobre as particularidades clínicas e os desafios enfrentados pelos pacientes com comorbidades cardiovasculares submetidos a procedimentos cirúrgicos torna-se indispensável. Esse conhecimento permitirá identificar lacunas e fragilidades na assistência prestada, fundamentando práticas educativas e de cuidados específicos que possam contribuir diretamente para um resultado efetivo e seguro para o paciente (Vieira, 2023; Lemos *et al.*, 2025).

Diante de sua relevância, a cirurgia cardíaca deve ser compreendida não apenas como um procedimento técnico, mas como um processo terapêutico contínuo que demanda planejamento prévio, execução cuidadosa e acompanhamento estruturado. Nesse cenário, a enfermagem ocupa um lugar estratégico, atuando de forma integrada à equipe multiprofissional para garantir uma assistência segura, humanizada e centrada no paciente. Os cuidados prestados antes e após a cirurgia assumem papel determinante na prevenção de intercorrências, no controle de sintomas e na garantia de uma recuperação bem-sucedida.

Este estudo justifica-se pela identificação de uma lacuna entre o que se recomenda, em termos de educação em saúde no perioperatório de cirurgia cardíaca, e o que efetivamente é realizado na prática assistencial. Investigar como as ações educativas vêm sendo conduzidas pela equipe de enfermagem permite evidenciar fragilidades e potencialidades desse processo, contribuindo para o aperfeiçoamento de estratégias de cuidado que promovam uma recuperação mais segura, participativa e consciente. Assim, o problema de pesquisa que orienta este estudo é: como as ações educativas vêm sendo conduzidas pela equipe de enfermagem no período perioperatório de cirurgias cardíacas, na perspectiva de profissionais e pacientes?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Investigar de que forma as ações educativas vêm sendo conduzidas pela equipe de enfermagem no período perioperatório de cirurgias cardíacas.

2.2 Objetivos Específicos

- Diagnosticar fragilidades e potencialidades nas orientações fornecidas aos pacientes, considerando seus aspectos formais, conteúdos abordados e adequação às necessidades individuais;
- Analisar o impacto dessas ações educativas na autonomia do paciente e na prevenção de desfechos clínicos desfavoráveis;

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Pacientes com comorbidades cardiovasculares

Atualmente, as doenças cardiovasculares (DCVs) configuram-se como um dos maiores desafios para a saúde pública mundial, sobretudo devido à alta prevalência, morbimortalidade associada e impacto socioeconômico significativo, apresentando cerca de 70% das mortes ao redor do mundo. Essas enfermidades representam um grupo heterogêneo de condições patológicas que afetam o coração e os vasos sanguíneos, incluindo doenças coronarianas, insuficiência cardíaca (IC), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e acidente vascular cerebral (AVC), sendo responsáveis por uma expressiva parcela das causas de morte e incapacidade funcional (Oliveira *et al.*, 2023). Apenas em 2021 esse padrão foi alterado, em função do impacto da pandemia de Covid-19 sobre a mortalidade por outras causas.

Estudo realizado por Oliveira *et al.* (2017) estimou que, em 2015, os custos totais associados às DCVs no Brasil alcançaram R\$37,1 bilhões, representando aproximadamente 0,7% do Produto Interno Bruto (PIB) entre os anos de 2012 a 2017. Desse montante, 61% corresponderam a perdas econômicas decorrentes de mortes prematuras, 22% a custos diretos com internações e consultas, e 15% a perdas de produtividade relacionadas à morbidade da doença. Esses dados evidenciam que as DCVs comprometem significativamente a qualidade de vida de indivíduos em idade economicamente ativa, elevando os custos com internações e procedimentos de alta complexidade.

Pacientes acometidos por DCVs frequentemente apresentam diversas comorbidades associadas, destacando-se hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus e obesidade. Esses fatores aumentam significativamente a complexidade do manejo clínico e interferem nos níveis de prognóstico dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos cardíacos (Lemos *et al.*, 2025). Além disso, estudos recentes ressaltam que a coexistência dessas comorbidades não apenas dificulta a recuperação pós-operatória, mas também eleva as taxas de reinternação e mortalidade hospitalar, exigindo instruções específicas e mais rigorosas da equipe assistencial (Santos *et al.*, 2023).

As intervenções cirúrgicas cardíacas são reconhecidamente complexas, e os pacientes geralmente chegam a unidades hospitalares já fragilizados, tanto pelo impacto psicológico e emocional quanto pelas limitações físicas impostas por suas condições clínicas pré-existentes (Evangelista *et al.*, 2021). Esses indivíduos frequentemente enfrentam desafios significativos

ao longo do processo terapêutico, incluindo riscos elevados de complicações pós-operatórias como infecções, sangramentos e eventos adversos cardiovasculares (Vieira, 2023). Tal cenário requer uma abordagem multiprofissional estruturada, com foco na avaliação global do paciente, na estratificação de risco, na otimização clínica e no planejamento de cuidados pré, trans e pós-operatórios, bem como em estratégias de educação em saúde voltadas à promoção da segurança e da autonomia dos pacientes (Silva; Silva, 2021).

3.2 Cirurgia cardíaca

A evolução da cirurgia cardíaca teve início no final do século XIX, mas foi ao longo do século XX que ela se consolidou como uma especialidade fundamental no tratamento de doenças cardiovasculares complexas. Durante décadas, o coração foi considerado um órgão inacessível, e qualquer tentativa de intervenção direta era vista como extremamente arriscada. Esse paradigma começou a ser superado com os avanços das ciências biomédicas e, de maneira decisiva, com a introdução da circulação extracorpórea por John Gibbon, em 1953. Esse equipamento permitia que o coração fosse temporariamente parado, mantendo a oxigenação dos tecidos por meio de uma máquina, o que tornou possíveis as primeiras cirurgias intracardíacas com maior segurança. A partir desse avanço, procedimentos como a correção de malformações congênitas e o tratamento de valvopatias passaram a ser executados com maior frequência, marcando o início de uma nova era para a medicina cardiovascular (Braile; Godoy, 2012).

No Brasil, a cirurgia cardíaca seguiu uma trajetória ascendente, acompanhando os avanços internacionais e alcançando reconhecimento global. Em 1955, foi realizada a primeira cirurgia com circulação extracorpórea no Instituto de Cardiologia de São Paulo. Poucos anos depois, em 1968, o professor Euryclides de Jesus Zerbini realizou o primeiro transplante cardíaco do país — e o primeiro da América Latina — posicionando o Brasil entre os líderes mundiais nesse tipo de intervenção. A atuação de Zerbini e Adib Jatene foi decisiva tanto pelo pioneirismo técnico quanto pela criação de centros especializados e pela formação de novos profissionais. A fundação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV), em 1969, consolidou o avanço da especialidade, promovendo a difusão do conhecimento científico e a incorporação de novas tecnologias à prática cirúrgica nacional (Marcondes *et al.*, 2003; SBCCV, 2024).

A cirurgia cardíaca é uma modalidade terapêutica de alta complexidade, indicada em situações nas quais o tratamento clínico e as intervenções menos invasivas não são suficientes para restaurar a função cardíaca e preservar a vida. Essas intervenções têm como objetivos principais corrigir anormalidades anatômicas ou funcionais, aliviar sintomas, aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida dos pacientes acometidos por doenças cardíacas crônicas ou agudas (Oliveira *et al.*, 2021).

Com o avanço das tecnologias cirúrgicas, anestésicas e de suporte intensivo, diversos procedimentos cardíacos passaram a ser realizados com maior segurança e menores índices de mortalidade. Entre os mais comuns estão a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM), as plastias e trocas valvares, correções de cardiopatias congênitas e implantes de dispositivos como marcapassos e desfibriladores cardíacos (Silva; Silva, 2021; Sweis; Jivan, 2024). A escolha da técnica cirúrgica, bem como a via de acesso e o uso de circulação extracorpórea, dependem da condição clínica do paciente, da gravidade da patologia e da análise dos riscos envolvidos (Vieira, 2023).

A CRM, por exemplo, é indicada para pacientes com obstruções significativas das artérias coronárias, principalmente na presença de angina instável ou infarto do miocárdio. Já as cirurgias valvares são recomendadas nos casos de estenose ou insuficiência de válvulas cardíacas, comuns em doenças reumáticas e degenerativas. Esses procedimentos, embora eficazes, são associados a riscos relevantes como infecções, sangramentos, arritmias, disfunções respiratórias, neurológicas e complicações hemodinâmicas (Oliveira *et al.*, 2021; Sweis; Jivan, 2024).

O perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca tem se modificado ao longo dos anos. Atualmente, grande parte é composta por indivíduos com múltiplas comorbidades, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e dislipidemia, o que aumenta os riscos operatórios e exige maior preparo da equipe multiprofissional (Lemos *et al.*, 2025; Santos *et al.*, 2023). A presença desses fatores de risco está associada a maior incidência de complicações pós-operatórias, como infecções, arritmias, falência de órgãos e necessidade prolongada de suporte ventilatório (Evangelista *et al.*, 2021).

Além da complexidade técnica, a cirurgia cardíaca envolve cuidados rigorosos em todas as fases do processo: pré, trans e pós-operatória. A atuação da equipe de saúde, com destaque para o enfermeiro, é essencial desde a avaliação e preparo do paciente até sua

recuperação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A assistência deve ser orientada por protocolos clínicos, pautada em evidências científicas e personalizada conforme as condições clínicas do paciente. Esse cuidado integral e contínuo contribui diretamente para a redução de complicações e melhora dos desfechos clínicos (Silva; Silva, 2021; Oliveira *et al.*, 2021).

3.3 Cuidados em saúde no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca

O cuidado em saúde no contexto da cirurgia cardíaca exige planejamento, atuação interdisciplinar e protocolos bem definidos para garantir a segurança do paciente e a eficácia da recuperação. As fases pré e pós-operatória representam momentos críticos no processo terapêutico, nos quais a assistência de enfermagem deve ser guiada por conhecimento técnico, sensibilidade e sistematização do cuidado (Silva *et al.*, 2021).

O período perioperatório dessas intervenções — abrangendo as fases pré, trans e pós-operatória — exige uma atuação qualificada da equipe de saúde, com destaque para a enfermagem. O enfermeiro, inserido diretamente no cuidado, é responsável por preparar o paciente física e emocionalmente, monitorar parâmetros vitais, prevenir intercorrências e promover uma recuperação segura. O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde esses pacientes permanecem inicialmente após a cirurgia, requer cuidados contínuos, protocolos assistenciais rigorosos e vigilância multiprofissional constante (Oliveira *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2023).

Nesse contexto, a atuação da enfermagem transcende o âmbito meramente técnico e deve contemplar estratégias educativas sistematizadas, a fim de reduzir as consequências decorrentes da cirurgia cardíaca e melhorar os resultados clínicos. Estudos destacam que a educação em saúde, quando conduzida de forma contínua e centrada nas necessidades do paciente, no contexto perioperatório, contribui significativamente para a redução da ansiedade, melhora do enfrentamento psicológico frente ao procedimento cirúrgico e aumento da adesão às orientações terapêuticas. Esses efeitos, por sua vez, repercutem diretamente na diminuição das taxas de complicações e reinternações, no fortalecimento do autocuidado e na melhoria dos indicadores de qualidade de vida no período de reabilitação (Thomé *et al.*, 2017; Evangelista *et al.*, 2021). Além dos cuidados clínicos, a dimensão educativa no perioperatório assume um papel igualmente essencial para os pacientes.

Durante o período pré-operatório, a assistência de enfermagem deve incluir a avaliação integral do paciente, levantamento de comorbidades, preparo físico e emocional, e

orientações educativas que favoreçam a compreensão do procedimento cirúrgico e aumentem a adesão às recomendações clínicas. Malheiros *et al.* (2021) destacam que a orientação prévia ao procedimento contribui significativamente para a redução da ansiedade, a prevenção de complicações e a melhoria dos indicadores hemodinâmicos. No campo da enfermagem, a fundamentação teórica é indispensável para orientar práticas clínicas humanizadas e centradas no paciente.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, propõe uma abordagem integral que considera o ser humano em sua totalidade — biológica, psicológica, social e espiritual —, sendo particularmente útil na sistematização do cuidado ao paciente cirúrgico. Complementarmente, os princípios de Florence Nightingale, que destacam a importância do ambiente, da higiene e da observação cuidadosa, continuam a influenciar a prática profissional, especialmente no contexto do pós-operatório. A combinação dessas abordagens permite uma assistência mais ampla e eficaz, pois alia o cuidado técnico-científico com a sensibilidade às necessidades humanas fundamentais, reforçando o papel do enfermeiro como agente de cuidado integral e contínuo (Sou Enfermagem, 2023; Medeiros; Enders; Lira, 2015).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), quando estruturada a partir da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, constitui uma ferramenta essencial para o planejamento e a execução de cuidados individualizados, humanizados e baseados em evidências. Essa abordagem permite à enfermagem atuar de forma integral, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas também os aspectos psicológicos e sociais do paciente, especialmente no contexto do pós-operatório de cirurgia cardíaca, que demanda intervenções precisas e acolhedoras (Heck *et al.*, 2024). No entanto, embora sua importância seja reconhecida, a literatura aponta que a SAE ainda é, muitas vezes, aplicada de forma mecânica e reducionista, limitada ao cumprimento de exigências institucionais, sem refletir uma prática clínica verdadeiramente resolutiva e centrada no sujeito em cuidado (Vieira, 2023).

Além disso, Costa *et al.* (2024) desenvolveram e validaram um checklist com 57 itens específicos para a assistência perioperatória em cirurgia cardíaca, com foco na sistematização de ações no período pré-cirúrgico. A padronização do cuidado neste momento, segundo os autores, garante a fluidez das intervenções e contribui para a segurança do paciente, uma vez que reduz falhas na comunicação entre os profissionais e melhora o preparo do ambiente e da equipe.

No pós-operatório imediato, especialmente nas primeiras 24 a 48 horas, o paciente requer vigilância intensiva, preferencialmente em unidade de terapia intensiva, para o monitoramento contínuo dos sinais vitais, função respiratória, hemodinâmica, urinária e neurológica (Leite *et al.*, 2024). A enfermagem atua de forma central na avaliação dos dispositivos invasivos, administração de medicações, controle da dor, prevenção de infecções e suporte ao paciente e familiares.

No contexto atual, protocolos assistenciais baseados em diretrizes, entre eles o ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), vêm sendo incorporados à prática clínica em cirurgia cardíaca. Esses protocolos valorizam a mobilização precoce, controle rigoroso da glicemia, manejo nutricional adequado e analgesia otimizada. Silva *et al.* (2021) destacam que a aplicação dos princípios do ERAS no perioperatório cardíaco está associada à redução do tempo de internação, menor incidência de complicações e melhora na experiência do paciente.

Por fim, estudos como o de Silva *et al.* (2021) indicam que a qualificação profissional, a existência de protocolos bem definidos e a integração das ações entre os membros da equipe de saúde são determinantes para a qualidade da assistência no pós-operatório. Os autores destacam a necessidade de educação permanente e o desenvolvimento de instrumentos práticos que orientem o cuidado do enfermeiro frente aos desafios e variabilidades do período pós-operatório em cirurgia cardíaca.

3.4 Educação em saúde

A educação em saúde é compreendida como um processo de construção do conhecimento que visa o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos em relação ao cuidado com sua saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2022), trata-se de um conjunto de estratégias que visa desenvolver conhecimentos e habilidades que contribuam para escolhas saudáveis, com impacto positivo na qualidade de vida e no bem-estar coletivo. No Brasil, essa concepção é reforçada pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde, que valoriza o diálogo, o respeito aos saberes populares e a corresponsabilidade entre profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013).

Essa concepção dialoga com os fundamentos pedagógicos de Paulo Freire, que defende a educação como um ato libertador, fundamentado na participação ativa do educando na construção do saber. A proposta freiriana rompe com a lógica da transmissão vertical do conhecimento, favorecendo uma relação horizontal entre educador e educando, baseada no

diálogo e na problematização da realidade vivida (Freire, 2002). No contexto da saúde, essa abordagem estimula a escuta atenta das necessidades do paciente e a corresponsabilidade no processo terapêutico, aspectos fundamentais no preparo de indivíduos submetidos à cirurgia cardíaca.

No contexto perioperatório de cirurgias cardíacas, a educação em saúde tem se mostrado uma estratégia eficaz para reduzir a ansiedade, aumentar a compreensão sobre o procedimento cirúrgico e contribuir para melhores resultados clínicos. Intervenções como visitas pré-operatórias guiadas, vídeos educativos e rodas de conversa demonstraram impacto positivo na redução do estresse e na adesão ao tratamento. Um estudo de revisão de escopo identificou que pacientes submetidos à cirurgia cardíaca que receberam orientação estruturada no pré-operatório apresentaram menos complicações e maior engajamento no autocuidado (Araújo *et al.*, 2022).

O enfermeiro, neste contexto, assume papel central como agente educador, sendo responsável por identificar as necessidades informacionais dos pacientes e planejar estratégias educativas que considerem o perfil sociocultural de cada indivíduo. O Processo de Enfermagem, enquanto método sistematizado de trabalho clínico, contribui diretamente para que essas ações sejam cientificamente embasadas, organizadas e direcionadas às necessidades reais do paciente, promovendo a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência. Quando aplicado no período perioperatório, o Processo de Enfermagem fortalece o vínculo entre enfermeiro e paciente, especialmente por meio das etapas de diagnóstico e prescrição, ao favorecer a escuta ativa, o acolhimento e o empoderamento do sujeito em cuidado (Carvalho; Lima; Santos, 2021).

As estratégias educativas mais eficazes no contexto perioperatório de cirurgias cardíacas incluem a utilização de recursos didáticos acessíveis, como materiais gráficos, vídeos, dramatizações e simulações, adaptados ao contexto clínico e à capacidade de compreensão do paciente. A escolha da metodologia deve considerar o estágio do tratamento, a complexidade da cirurgia e o ambiente de cuidado, garantindo que a informação seja compreendida e aplicada de forma efetiva. Essas práticas favorecem não apenas a segurança do paciente, mas também impactam positivamente na qualidade da recuperação pós-operatória (De Oliveira *et al.*, 2024).

A implementação eficaz de ações educativas no contexto perioperatório de cirurgias cardíacas enfrenta diversos desafios que comprometem a qualidade da assistência e a

segurança do paciente. Entre as principais barreiras identificadas no cotidiano assistencial destacam-se a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo, a limitação de recursos materiais e a ausência de incentivo institucional ao uso de estratégias educativas estruturadas (Silva *et al.*, 2024). Essas restrições podem resultar em orientações superficiais ou mesmo na ausência de informações cruciais para o entendimento do procedimento cirúrgico e dos cuidados necessários no domicílio.

A sobrecarga de trabalho e a falta de tempo são frequentemente citadas como obstáculos significativos para a realização de ações educativas eficazes. Profissionais de enfermagem, por exemplo, relatam dificuldades em conciliar as demandas assistenciais com a necessidade de fornecer informações detalhadas e esclarecedoras aos pacientes. Essa limitação pode resultar em orientações superficiais ou mesmo na ausência de informações cruciais para o entendimento do procedimento cirúrgico e dos cuidados pós-operatórios. Além disso, a baixa adesão dos pacientes às orientações recebidas é um desafio adicional, muitas vezes relacionado à ansiedade, ao medo do procedimento e à complexidade das informações transmitidas (Mendes, 2022).

As consequências dessas fragilidades são significativas. A falta de compreensão adequada sobre o procedimento cirúrgico e os cuidados necessários no pós-operatório podem levar a complicações, como infecções, sangramentos e outras intercorrências que poderiam ser evitadas com uma educação em saúde mais efetiva. Além disso, a ausência de informações claras e compreensíveis pode resultar em reinternações, prolongando o tempo de recuperação e aumentando os custos para o sistema de saúde (Lima Neto *et al.*, 2021).

Estudos apontam para a necessidade de estratégias que superem essas barreiras, como a implementação de protocolos padronizados de comunicação e a utilização de materiais educativos adaptados ao perfil dos pacientes. A formação continuada dos profissionais de saúde também é essencial para garantir que estejam preparados para fornecer informações de maneira clara e empática, promovendo uma melhor compreensão e adesão por parte dos pacientes. Além disso, a inclusão de familiares no processo educativo pode ser uma estratégia eficaz para reforçar as orientações e apoiar o paciente durante o período de recuperação (Silva *et al.*, 2024).

A identificação e o enfrentamento dessas fragilidades são fundamentais para a melhoria da qualidade da assistência no perioperatório de cirurgias cardíacas. Investimentos

em recursos humanos, capacitação profissional e desenvolvimento de materiais educativos acessíveis são medidas que podem contribuir significativamente para a superação dessas barreiras, promovendo uma recuperação mais segura e eficaz para os pacientes submetidos a procedimentos cardíacos (Silva *et al.*, 2024; Mendes, 2022).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo foi de natureza qualitativa, com delineamento transversal e abordagem descritiva. A abordagem qualitativa teve como foco a compreensão subjetiva das experiências e percepções dos pacientes e profissionais de enfermagem no contexto do perioperatório de cirurgias cardíacas. A pesquisa qualitativa mostrou-se indicada quando o objeto de estudo envolveu significados, valores, atitudes e interações que não puderam ser adequadamente captados por métodos quantitativos.

O delineamento transversal foi adotado porque a coleta de dados ocorreu em um único momento, o que permitiu analisar pontualmente as práticas educativas e a assistência prestada no período perioperatório, sem acompanhamento longitudinal. Além disso, a investigação teve caráter descritivo, pois visou identificar, registrar e interpretar com profundidade as ações educativas desenvolvidas pela equipe de enfermagem, sem interferir na realidade observada. Esse tipo de estudo buscou descrever os fenômenos em seu contexto natural, possibilitando reconhecer padrões, lacunas e potencialidades no cuidado prestado (BVS, 2018).

Dessa forma, a combinação entre abordagem qualitativa, delineamento transversal e natureza descritiva proporcionou um recorte metodológico consistente com a complexidade do fenômeno investigado, respeitando seus aspectos éticos, sociais e clínicos.

4.2 Local do estudo

O hospital onde ocorreu o estudo é o principal centro hospitalar filantrópico da região do Vale do Rio Pardo. Em 2014, foi habilitado como Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular pelo SUS, consolidando sua capacidade de realizar procedimentos cardíacos altamente especializados para mais de 600 mil habitantes (Hospital Santa Cruz, 2024). Atualmente, oferece atendimento em inúmeras áreas, incluindo uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto com leitos específicos para pacientes cardíacos e um centro cirúrgico equipado para intervenções de alta complexidade.

Essa pesquisa ocorreu em uma Unidade Ambulatorial Acadêmica, localizada junto ao hospital, onde acadêmicos da área da saúde, sob supervisão docente, atenderam pacientes referenciados por equipes da Estratégia de Saúde da Família, por meio de inúmeras

especialidades, sendo um local de referência para pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. Em 2024, foram registrados mais de 10.000 atendimentos à população atendida via SUS (Hospital Santa Cruz, 2024). O ambiente acadêmico integra ensino, serviço e pesquisa, favorecendo práticas assistenciais sistematizadas e atualizadas, alinhando-se ao enfoque do estudo.

4.3 Sujeitos do estudo

Participaram deste estudo 18 sujeitos, entre eles, 6 pacientes em acompanhamento no período perioperatório de cirurgia cardíaca, bem como 12 profissionais da área diretamente envolvidos na assistência prestada no referido contexto institucional. A seleção desses participantes justificou-se pelos critérios de inclusão e exclusão, levando em consideração a vivência concreta no cenário investigado, o que os tornou fontes legítimas de informação para a análise crítica das práticas educativas desenvolvidas no ambiente hospitalar. A participação foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), previamente apresentado e esclarecido em linguagem acessível.

4.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, em condições clínicas e cognitivas adequadas para compreender e responder ao instrumento de coleta de dados. No que se refere aos profissionais, foram considerados elegíveis aqueles pertencentes a toda a equipe que prestava cuidados a pacientes com patologias cardíacas, atuando de forma direta e contínua na assistência a pacientes em período perioperatório de cirurgia cardíaca, tanto nas unidades ambulatoriais quanto nas unidades de internação do Hospital Santa Cruz, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem e residentes de cardiologia. A inclusão desses sujeitos teve como objetivo garantir a representatividade dos diferentes perfis envolvidos no processo educativo e assistencial.

4.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os pacientes que se encontravam em estado clínico grave, sob sedação contínua ou que apresentaram limitações cognitivas e/ou comunicacionais que inviabilizaram a participação consciente e autônoma no processo de coleta de dados. Também foram excluídos os profissionais que estiveram afastados de suas atividades durante o período da pesquisa por motivo de férias, licença médica, licença maternidade/paternidade ou

qualquer outro impedimento de ordem institucional que impossibilitou a participação voluntária e presencial no estudo.

4.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2025, por meio da aplicação de um questionário elaborado especificamente para os objetivos desta pesquisa, que contemplou questões abertas e fechadas, visando captar tanto dados objetivos quanto percepções subjetivas dos participantes, de forma a proporcionar uma compreensão ampla e aprofundada acerca das práticas de enfermagem e das ações educativas desenvolvidas no contexto perioperatório de cirurgias cardíacas.

4.7 O instrumento de coleta

O instrumento de coleta adotado neste estudo foi um questionário semiestruturado (APÊNDICE 1; APÊNDICE 2), elaborado com base em evidências obtidas na revisão da literatura científica e adaptado ao perfil dos participantes. O questionário continha questões abertas e fechadas, organizadas de forma a permitir a identificação das práticas educativas adotadas pela equipe de enfermagem, das estratégias de comunicação utilizadas no período perioperatório e das percepções dos sujeitos quanto ao processo de preparo cirúrgico. A estrutura do instrumento buscou contemplar tanto aspectos objetivos quanto subjetivos da assistência, garantindo profundidade e consistência na coleta dos dados.

4.8 Análise de dados

Os dados obtidos foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016), a qual permitiu a organização dos discursos em categorias temáticas, conforme operacionalizado por Valle e Ferreira (2025). Para auxiliar na análise e no tratamento estatístico dos dados qualitativos, foi utilizado o IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), software gratuito e de código aberto desenvolvido por Pierre Ratinaud em 2009, que adota o mesmo algoritmo do software Alceste para a análise estatística de dados textuais e incorpora, além da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), diferentes abordagens lexicais que potencializam a exploração e interpretação de conteúdos textuais (Salviati, 2017). Neste estudo, as respostas abertas de profissionais e pacientes foram inicialmente submetidas à análise de conteúdo temática e, em seguida, reunidas em um corpus único e processadas no IRaMuTeQ por meio da CHD

(APÊNDICE III), a qual agrupou os segmentos de texto em classes de sentido. Essa análise gerou seis classes lexicais, que foram comparadas com as categorias previamente construídas de forma manual, confirmando e refinando os principais temas identificados na pesquisa.

4.9 Questões éticas

Quanto aos aspectos éticos, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e, após a aprovação, foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNISC. Os participantes foram instruídos a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após serem devidamente informados sobre os objetivos, procedimentos e garantias da pesquisa (ANEXO I).

4.10 Riscos e Benefícios para o sujeito

Os riscos potenciais limitaram-se a desconfortos psíquicos leves, que poderiam ocorrer durante o relato de experiências pessoais relativas ao processo cirúrgico e às práticas de assistência. Para prevenir ou minimizar tais desconfortos, foram adotadas medidas rigorosas de proteção ética, tais como: a realização das entrevistas em local reservado, tranquilo e previamente acordado com o participante; o uso de linguagem clara, respeitosa e acolhedora por parte da pesquisadora; e a possibilidade de interrupção imediata da participação, a qualquer momento, sem justificativa e sem prejuízo de qualquer natureza ao participante. Foi disponibilizado um contato telefônico para os participantes, caso tivessem dúvidas ou inseguranças, a fim de que pudesse saná-las.

Adicionalmente, o anonimato foi plenamente garantido por meio da codificação dos dados e da supressão de qualquer informação que permitisse a identificação direta ou indireta dos sujeitos. Todos os dados coletados foram armazenados em ambiente seguro, com acesso restrito à pesquisadora principal, e serão preservados por um período de cinco anos, conforme previsto pelas diretrizes éticas da Resolução CNS nº 466/12.

Como benefício, esperou-se que os participantes contribuíssem para a construção de conhecimento científico voltado à qualificação da assistência de enfermagem, especialmente no que se referiu às ações educativas realizadas no contexto perioperatório de cirurgias cardíacas. A longo prazo, os resultados poderão subsidiar melhorias nas estratégias de orientação e no cuidado humanizado aos pacientes submetidos a esse tipo de procedimento.

4.11 Riscos e Benefícios para a instituição

Para a instituição hospitalar, os riscos relacionados à realização desta pesquisa limitaram-se à possibilidade de identificar a não realização de condutas já preconizadas. Todas as atividades foram conduzidas de forma ética, respeitosa e estritamente observadora das normas institucionais e da Resolução CNS nº 466/12, assegurando a não interferência nas dinâmicas operacionais ou organizacionais do serviço.

Em contrapartida, os potenciais benefícios foram significativos. Os resultados obtidos poderão subsidiar a identificação de fragilidades e potencialidades nas práticas educativas realizadas pela equipe de enfermagem no contexto do perioperatório de cirurgias cardíacas. Com isso, a instituição poderá se beneficiar da produção de dados concretos para apoiar o desenvolvimento de ações de educação permanente, a padronização de estratégias de orientação ao paciente e o aprimoramento dos fluxos de cuidado. Além disso, a pesquisa poderá fortalecer a articulação entre ensino, serviço e pesquisa, contribuindo para a consolidação de práticas assistenciais centradas nas necessidades da instituição.

4.12 Devolutivas ao hospital e ao CEP

Com o compromisso de garantir a transparência, a ética e a aplicabilidade dos resultados, as devolutivas desta pesquisa serão realizadas por meio da entrega de um relatório técnico à gestão do hospital, contendo a compilação dos achados obtidos, análises interpretativas e sugestões de aprimoramento das práticas assistenciais. Esse relatório será redigido em linguagem acessível e objetiva, visando subsidiar a tomada de decisões e contribuir com os processos internos de qualificação da assistência de enfermagem, especialmente no que se refere às ações educativas no contexto perioperatório.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo apresenta e discute os resultados do estudo, articulando a caracterização dos participantes e os achados empíricos com a literatura científica pertinente, de modo a contextualizar as implicações para a prática de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca.

A análise pelo IRaMuTeQ gerou seis classes lexicais relacionadas às orientações de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. De forma geral, essas classes agruparam: (1) os sentimentos e expectativas dos pacientes; (2) a falta de tempo e a alta demanda assistencial para orientar; (3) as dificuldades de compreensão e comunicação; (4) as estratégias de orientação mais usadas; (5) a percepção de que as orientações influenciam a recuperação e o autocuidado; e (6) ações de educação em saúde e trabalho multiprofissional. Esses resultados confirmam os mesmos eixos que já haviam sido encontrados na análise de conteúdo, reforçando a consistência das categorias apresentadas neste capítulo. Assim, optou-se por não apresentar cada classe lexical separadamente, mas integrar os resultados do IRaMuTeQ às categorias temáticas construídas na análise de conteúdo, descritas a seguir.

5.1 Caracterização dos participantes

A amostra de profissionais de saúde atuantes no perioperatório de cirurgia cardíaca foi composta por 12 participantes, com predominância do sexo feminino (66,7%) e 33,3% do sexo masculino. A idade variou entre 23 e 42 anos, com média de 30,2 anos, caracterizando um grupo de adultos jovens. Em relação ao tempo de atuação na área cardiovascular, 75,0% referiram exercer suas atividades há menos de um ano e 25,0% entre um e três anos, indicando experiência recente no cuidado a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Quanto à categoria profissional, observou-se maior proporção de enfermeiros (75,0%), seguidos por técnico em enfermagem (8,3%) e residentes da cardiologia (16,7%). Esses dados estão sintetizados na Tabela 1.

Questões	n (%)
1. Gênero	
Feminino	8 (66,7%)
Masculino	4 (33,3%)
2. Idade (anos)	
Entre 23 e 42	30,2 (média)

3. Tempo de atuação na área	
Menos de 1 ano	9 (75,0%)
1 a 3 anos	3 (25,0%)
4. Categoria profissional	
Enfermeiros	9 (75,0%)
Técnico em Enfermagem	1 (8,3%)
Residentes da Cardiologia	2 (16,7%)

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Entre os profissionais, observou-se predominância do sexo feminino (66,7%), resultado que está em consonância com o perfil nacional da categoria, historicamente marcado pela feminização da força de trabalho em enfermagem. Estudos que analisam o perfil da categoria evidenciam que a inserção masculina permanece minoritária, não atingindo 15% do contingente profissional em âmbito nacional, o que expressa a persistência de uma divisão sexual do trabalho que associa o cuidado e as atividades de caráter assistencial ao feminino (Feliciano; Lanza; Pinto, 2019). Assim, a maior representatividade de mulheres nesta amostra não constitui um dado isolado, mas reafirma a manutenção de um padrão sociocultural consolidado, no qual o ato de cuidar permanece fortemente associado à figura feminina, ainda que, nos últimos anos, se observe discreto incremento da participação masculina na profissão e um processo de expansão e diversificação do campo da enfermagem.

A média de idade dos profissionais, de 30,2 anos, aliada ao fato de que a maior parte dos participantes referiu tempo de atuação inferior a um ano na área cardiovascular, indica um corpo profissional com experiência recente no cuidado a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, ainda em processo de consolidação de competências específicas e de adaptação às particularidades dessa especialidade assistencial. Os achados deste estudo dialogam com a investigação de Carvalho *et al.* (2022), que, ao analisar o perfil sociodemográfico e laboral de trabalhadores de enfermagem em hospitais universitários, identificou predominância de mulheres, média etária em torno de 38,9 anos e contingentes expressivos com tempo de trabalho entre 1 e 5 anos.

Em perspectiva ampliada, Souza *et al.* (2021) mostram que a força de trabalho de enfermagem brasileira acompanha as tendências internacionais, caracterizando-se por forte feminização, concentração em faixas etárias jovens e intermediárias e expansão associada ao crescimento do setor de serviços de saúde e à ampliação dos cursos de graduação em enfermagem. À luz desses resultados, o perfil identificado entre os profissionais deste estudo,

composto majoritariamente por adultos jovens com tempo de atuação reduzido na área cardiovascular, pode ser interpretado como expressão de um movimento mais amplo de expansão e reconfiguração da força de trabalho de enfermagem no país, configurando um grupo com experiência prática em consolidação, mas com elevado potencial de aprendizagem, incorporação de inovações e qualificação do cuidado, desde que sustentado por políticas de educação permanente e suporte institucional adequados.

Em relação às ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, observou-se que a maioria referiu realizar orientações com regularidade no contexto do perioperatório de cirurgia cardíaca. Quanto ao momento de realização, prevaleceram as orientações distribuídas entre o pré e o pós-operatório, com menor proporção de orientações concentradas exclusivamente em um desses períodos. As estratégias mais utilizadas envolveram a conversa direta com o paciente e, em parte dos casos, a inclusão da família no processo de orientação, com uso ainda pontual de materiais impressos, recursos digitais e outros dispositivos didáticos. Também foram identificadas percepções de resistência ou dificuldade de compreensão por parte de pacientes e familiares, bem como a indicação de temas considerados essenciais para o preparo e o cuidado no pós-operatório, além de obstáculos e sugestões de melhoria para qualificar esse processo educativo. Esses achados estão sintetizados na Tabela 2.

Tabela 2 – Ações educativas e percepções dos profissionais de saúde sobre as orientações aos pacientes n=12	
Questões	n (%)
1. Realização de ações educativas aos pacientes	
Sim, regularmente	7 (58,3%)
Às vezes	2 (16,7%)
Raramente	3 (25,0%)
2. Momento em que são realizadas	
Em ambos os momentos	7 (58,3%)
No pós-operatório	4 (33,3%)
No pré-operatório	1 (8,3%)
3. Estratégias utilizadas	
Conversa direta	12 (100,0%)
Participação da família	7 (58,3%)
Folder/folheto impresso	2 (16,7%)
Cartilha de orientação	1 (8,3%)
Material digital	1 (8,3%)
Boneca realista	1 (8,3%)
4. Resistência ou dificuldade na compreensão das ações educativas	

Sim, frequentemente	5 (41,7%)
Às vezes	4 (33,3%)
Raramente	3 (25,0%)

5. Temas considerados essenciais

Cuidados com a ferida cirúrgica	7 (58,3%)
Extubação e dispositivos pós-operatórios: tubo orotraqueal (TOT), drenos e ventilação não invasiva (VNI).	6 (50,0%)
Sinais de alerta e controle da dor	4 (33,3%)
Retorno às atividades físicas e rotina	4 (33,3%)
Cuidados gerais no pós-operatório	4 (33,3%)
Preparo emocional e psicológico	2 (16,7%)
Alimentação / dieta	2 (16,7%)
Educação em saúde / preparo pré-operatório	3 (25,0%)

6. Tempo adequado durante a rotina de trabalho

Sim	1 (8,3%)
Parcialmente	9 (75,0%)
Não	2 (16,7%)

7. Fundamentação das respostas dos participantes

Falta de tempo / muita demanda / sobrecarga	8 (66,7%)
“Muita demanda de trabalho.”	
“Demandas e tempo não permitem uma conversa adequada, somente algumas dúvidas.”	
“Demandas do trabalho.”	
“Depende da sobrecarga/demandas de trabalho.”	
“Devido à demanda de trabalho.”	
“Tento organizar, para realizar visita após as 16:30. Porém, se o setor está agitado, não é possível.”	
“Depende do contexto da internação.”	

Tempo depende do paciente / gravidade / compreensão

“Acredito que o tempo varia conforme a gravidade do caso, as dúvidas e o entendimento do paciente.”	3 (25,0%)
“Quando é observado a possibilidade de orientação ou de repassar a informação, sempre as faço.”	

Dificuldade de orientar no pré-operatório (pouco tempo antes da cirurgia)

“As orientações pré-operatórias são possíveis quando o paciente está no nosso setor antes de ir para a cirurgia, o que não é frequente. A maioria das orientações são dadas após o procedimento, o que infelizmente acaba, de certa forma, não garantindo que o paciente saiba como vai acordar no leito da UTI.”	1 (8,3%)
---	----------

8. Principais obstáculos enfrentados

Falta de tempo e alta demanda assistencial “Falta de tempo para orientações qualificadas”, “Demanda da unidade”, “Demanda e tempo”, “A demanda é sempre alta”	6 (50,0%)
Dificuldade de compreensão dos pacientes e familiares “Paciente não comprehende a seriedade do caso clínico”, “Dificuldade de compreensão família e paciente”, “Alfabetização em saúde”	3 (25,0%)
Cultura institucional e falta de incentivo à educação em saúde “A cultura das orientações enfrentadas na instituição”, “Precisa ser estimulado e cultivado com olhar mais assistencial”	1 (8,3%)
Predomínio da orientação médica sobre a da enfermagem “Alguns aceitam com mais facilidade quando a orientação vem da parte médica”	1 (8,3%)
Ambiente inadequado e ruído “Solicito silêncio (alguns familiares com tom de voz alto, o que atrapalha)”	1 (8,3%)

9. As orientações fornecidas influenciam na recuperação e no autocuidado dos pacientes

Todos os participantes afirmaram acreditar que as orientações fornecidas influenciam diretamente na recuperação e no autocuidado dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.	12 (100,0%)
--	-------------

10. Sugestões de melhoria nas ações educativas para pacientes em cirurgia cardíaca

Aumentar o tempo destinado às orientações	4 (33,3%)
Garantir qualidade e calma no diálogo com o paciente	
Possibilitar conversas mais completas e humanizadas	
Criar ou aprimorar materiais escritos e ilustrados (guias, manuais, cartilhas)	3 (25,0%)
Oferecer recursos visuais para compreensão do pós-operatório	
Padronizar o conteúdo das orientações entre profissionais e setores	2 (16,7%)
Utilizar um protocolo ou checklist educativo comum	
Realizar capacitações periódicas sobre comunicação e educação em saúde	2 (16,7%)
Incentivar a formação continuada e o protagonismo do enfermeiro educador	
Estimular reuniões e discussões interdisciplinares sobre casos e orientações	3 (25,0%)
Envolver diferentes setores (enfermagem, nutrição, fisioterapia, medicina)	
Valorizar o papel da enfermagem no processo educativo	1 (8,3%)
Estimular o compromisso coletivo com as ações educativas.	
Fortalecer orientações sobre hábitos de vida e preparo físico antes da cirurgia	1 (8,3%)

Nota: Questões de múltipla resposta; os percentuais podem ultrapassar 100%.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Os resultados apresentados na Tabela 2 evidenciam que, embora a maioria dos profissionais relate realizar ações educativas regularmente, esse processo ainda se organiza de forma pouco padronizada, com predominância da conversa direta e relativa escassez de materiais estruturados de apoio, como protocolos escritos, cartilhas e recursos visuais. A concentração das orientações no período pré e, sobretudo, no pós-operatório, associada à percepção de resistência ou dificuldade de compreensão por parte dos pacientes e familiares, sugere que o volume de informações, o tempo reduzido disponível e a forma de comunicação podem comprometer a efetiva apropriação do conteúdo orientado.

A ênfase dos profissionais em temas como cuidados com a ferida operatória, dispositivos invasivos, sinais de alerta, dor e retorno às atividades, bem como as sugestões de ampliação do tempo de orientação, de qualificação da comunicação e de uso de materiais escritos e visuais, aponta para o reconhecimento, pela própria equipe, de que a educação em saúde constitui parte central da segurança do paciente e da qualidade assistencial no perioperatório de cirurgia cardíaca. Em estudos que relatam práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros em contexto hospitalar, com uso de linguagem simples, recursos lúdicos e espaço para expressão de medos e dúvidas, evidencia-se que ações sistemáticas de orientação a pacientes e familiares favorecem o entendimento do procedimento, a participação ativa no cuidado, a autonomia para o autocuidado e a redução de complicações no pós-operatório imediato e tardio (Santana *et al.*, 2021).

No que se refere aos pacientes, a amostra foi composta por seis participantes submetidos à cirurgia cardíaca, com predominância do sexo masculino (66,7%) e 33,3% do sexo feminino. A idade variou entre 50 e 77 anos, com média de 63,7 anos, caracterizando um grupo de idosos e adultos mais velhos. Observou-se baixa escolaridade, com 50,0% dos pacientes referindo ensino fundamental incompleto, enquanto os demais apresentaram ensino fundamental completo, ensino médio incompleto ou ensino médio completo (16,7% cada). Quanto ao tipo de procedimento, 50,0% foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, 33,3% à cirurgia de troca valvar e 16,7% não souberam informar o tipo de cirurgia realizada. Esses dados estão sintetizados na Tabela 3.

Tabela 3 – Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca n=6

Questões	n (%)
1. Gênero	
Masculino	4 (66,7%)
Feminino	2 (33,3%)
2. Idade (anos)	
Entre 50 e 77	63,7 (média)
3. Escolaridade	
Ensino Fundamental incompleto	3 (50,0%)
Ensino Fundamental completo	1 (16,7%)
Ensino Médio incompleto	1 (16,7%)
Ensino Médio completo	1 (16,7%)
4. Tipo de cirurgia	
Revascularização do miocárdio	3 (50,0%)
Troca de válvula / Troca valvar	2 (33,3%)
<i>Não soube informar</i>	1 (16,7%)

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Esse perfil sociodemográfico e clínico guarda estreita relação com o descrito na literatura sobre pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Carvalho e Silva (2022), ao analisar o perfil de indivíduos em pós-operatório de cirurgia cardíaca, identificaram predominância de homens, principalmente na faixa etária dos 60 anos, casados e com baixa escolaridade, em geral restrita ao ensino fundamental, o que converge com os achados deste estudo. Tais características, especialmente quando associadas a menor nível educacional, contribuem para maior vulnerabilidade na compreensão das informações em saúde e na adesão às orientações

terapêuticas, reforçando a necessidade de estratégias educativas estruturadas e contínuas no perioperatório de cirurgia cardíaca.

Nesse contexto, a baixa escolaridade e o fato de parte dos pacientes não conseguir identificar com precisão o tipo de cirurgia realizada sugerem limitações no entendimento do próprio processo terapêutico. Esses elementos dialogam com evidências de que pacientes com menor escolaridade e baixa alfabetização em saúde tendem a apresentar mais dificuldades para compreender explicações técnicas, reter informações e transformar orientações em práticas cotidianas de autocuidado, o que torna ainda mais crucial o papel da equipe de enfermagem na mediação do conhecimento e na adaptação da linguagem às necessidades individuais.

Em relação às percepções dos pacientes sobre as orientações de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca, observou-se que cerca de metade da amostra referiu ter recebido orientações consideradas completas, enquanto outra parte as percebeu como parciais ou relatou não se lembrar claramente do conteúdo abordado. Todos os pacientes contavam com a presença de acompanhante durante esse momento, porém com graus distintos de participação, variando entre uma atuação mais ativa e um envolvimento restrito. Predominaram sentimentos de medo e ansiedade diante do procedimento cirúrgico e, embora alguns pacientes reconhecessem que as explicações contribuíram para atenuar a apreensão, outros as avaliaram como apenas parcialmente eficazes ou insuficientes, o que reforça a importância de estratégias educativas sistemáticas, dialógicas e sensíveis às necessidades emocionais e informacionais de pacientes e familiares no perioperatório de cirurgia cardiovascular (Santana *et al.*, 2021).

Os temas mais citados como abordados incluíram riscos da cirurgia, cuidados no pós-operatório, dor, jejum, higiene e uso de medicamentos. Ainda assim, todos relataram alguma dificuldade para compreender ou lembrar integralmente as informações recebidas e apontaram necessidades de melhoria, como maior tempo para explicações, linguagem mais simples e oferta de materiais de apoio. Esses resultados estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Percepções dos pacientes sobre as orientações de enfermagem no perioperatório n=6

Questões	n (%)
1. Orientações de Enfermagem antes da cirurgia	
Sim	3 (50,0%)
Sim, mas de forma parcial	2 (33,3%)

Não lembra	1 (16,7%)
2. Acompanhante junto às orientações antes da cirurgia	
Sim, de forma ativa	3 (50,0%)
Sim, mas de forma limitada	3 (50,0%)
3. Sentimento antes da cirurgia (Medo, ansiedade, tranquilo, calmo, seguro)	
Medo/Ansiedade	5 (83,3%)
Tranquilidade parcial	1 (16,7%)
4. Orientações recebidas diminuíram a ansiedade?	
Ajudou	2 (33,3%)
Parcialmente ajudou	3 (50,0%)
Não ajudou	1 (16,7%)
5. Temas que mais foram abordados	
Riscos da cirurgia	5 (83,3%)
Cuidados com o pós-operatório	5 (83,3%)
Cuidados com a higiene	2 (33,3%)
Jejum	1 (16,7%)
Medicamentos	1 (16,7%)
6. Oportunidade de questionamento sobre a cirurgia	
Oportunidade limitada (respostas rápidas e breves)	3 (50,0%)
Oportunidade plena (conversou bastante)	2 (33,3%)
Não se sentiu à vontade para perguntar	1 (16,7%)
7. Tema que você gostaria de ter recebido mais explicações	
Mais informações sobre o pós-operatório e recuperação	3 (50,0%)
Mais preparo sobre o despertar e UTI	2 (33,3%)
Satisfeito	1 (16,7%)
8. Quais profissionais participaram das orientações	
Equipe médica e de enfermagem	3 (50,0%)
Equipe multiprofissional completa	1 (16,7%)
Somente enfermagem	1 (16,7%)
Percepção confusa / indefinida	1 (16,7%)
9. Dificuldades no entendimento das informações	
Todos os pacientes relataram dificuldade em compreender ou lembrar das orientações.	6 (100,0%)
10. Descrição do atendimento da equipe de Enfermagem	
Boa / satisfatória	4 (66,7%)
Com limitações de tempo / sobrecarga percebida	2 (33,3%)
11. O que poderia ser feito de forma diferente pela equipe?	
Falta de tempo / explicações rápidas	3 (50,0%)
“Mais atenção ao explicar”; “explicado com mais calma”	
Ausência de material escrito / apoio educativo	1 (16,7%)
“Mais explicações incluindo mais materiais escritos”	
Falta de escuta e acolhimento das dúvidas	1 (16,7%)
“Escuta das dúvidas com atenção”	
Falta de padronização nas informações	1 (16,7%)
“Cada um diz uma coisa”	
12. O que mais marcou em relação à comunicação com a equipe?	
Falta de tempo / comunicação apressada “Tudo com pressa”; “Estão sempre correndo”	3 (60,0%)

Déficit de continuidade / informação incompleta “Gostaria de ter recebido mais orientações”; “Me senti meio perdida”	2 (40,0%)
Boa relação interpessoal (empatia e carinho) "São queridas"	1 (20,0%)
Impacto positivo de recursos visuais “A boneca que mostraram antes da cirurgia me ajudou muito”	1 (20,0%)
Consequências práticas da falta de orientação “Se tivesse sido melhor orientado, talvez não tivesse voltado”	1 (20,0%)

13. O que poderia ser melhorado nas orientações à paciente da cirurgia cardíaca?

Necessidade de material escrito ou visual “Mais materiais escritos”; “Uma folha ajudaria”; “A boneca foi boa”	4 (80,0%)
Tempo e calma nas explicações “Mais calma e atenção”; “Sem pressa”	2 (40,0%)
Linguagem simples e reforço das informações “Explicar de um jeito mais simples”; “Repetir mais as orientações”	3 (60,0%)
Falta de continuidade e atenção da equipe “Os alunos vieram e não sabiam direito”	1 (20,0%)

Nota: Questões de múltipla resposta; os percentuais podem ultrapassar 100%.

Fonte: Elaborada pela autora (2025)

Os dados da Tabela 4 evidenciam que, embora as orientações de enfermagem estejam presentes na rotina do perioperatório, elas nem sempre se traduzem em compreensão efetiva e sensação de segurança para todos os pacientes. A coexistência de elevados níveis de medo e ansiedade com a percepção de orientações parciais ou pouco lembradas sugere que o conteúdo, o tempo disponível e a forma de comunicação ainda não estão plenamente alinhados às necessidades individuais, especialmente em um contexto de vulnerabilidade emocional e de baixa escolaridade. Estudos sobre educação em saúde no perioperatório de cirurgia cardíaca apontam que a concentração de muitas informações em curto espaço de tempo, o uso de linguagem predominantemente técnica e a pouca exploração das dúvidas do paciente prejudicam a retenção do conteúdo e a adesão às recomendações no pós-operatório.

As sugestões apresentadas pelos próprios pacientes, como a ampliação do tempo destinado às explicações, a simplificação da linguagem, a maior escuta e o acolhimento das dúvidas, bem como a utilização de materiais escritos ou recursos visuais de apoio, reforçam a necessidade de qualificar o processo educativo como eixo estruturante do cuidado. Em consonância com referenciais que enfatizam a centralidade de uma comunicação clara, empática e ajustada ao nível de letramento e às condições socioculturais dos usuários, a enfermagem ocupa posição estratégica na mediação do conhecimento e na coordenação de práticas educativas contínuas, dialógicas e acessíveis, voltadas à redução da ansiedade, à ampliação da compreensão acerca do procedimento e do tratamento e ao fortalecimento do autocuidado e da segurança no período pós-operatório (Neder, 2025).

A partir dessa caracterização, identificou-se a comunicação e acolhimento no período perioperatório, estratégias educativas e recursos utilizados, humanização e escuta ativa no processo educativo, sugestões e propostas de melhoria.

5.2 Comunicação e acolhimento no período perioperatório

A análise das falas dos participantes revelou que a comunicação estabelecida entre a equipe de enfermagem e os pacientes no período perioperatório é predominantemente marcada por interações breves, centradas em informações técnicas, realizadas no decorrer da rotina assistencial. As orientações são, em sua maioria, verbais, o que reduz as oportunidades para esclarecimento de dúvidas e acolhimento das demandas subjetivas. Os pacientes relataram dificuldade para compreender as informações recebidas e não se sentirem à vontade para perguntar, descrevendo as explicações como rápidas e pouco dialogadas, enquanto os profissionais mencionaram alta demanda de atendimentos e tempo insuficiente para conversas mais aprofundadas.

Os depoimentos evidenciam falhas comunicativas associadas ao uso de linguagem excessivamente técnica, à ausência de escuta ativa e à condução de um modelo de interação verticalizado, centrado na transmissão de informações, com pouca valorização do diálogo como recurso terapêutico. Nesse contexto, muitos pacientes referiram sentimentos de medo, ansiedade e insegurança diante do procedimento cirúrgico, o que fragiliza o vínculo entre equipe e paciente e pode repercutir negativamente na adesão às orientações e na recuperação pós-operatória.

À luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, descrita por Heck *et al.* (2024), a comunicação integra o atendimento às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, uma vez que possibilita ao paciente compreender sua condição, participar das decisões e sentir-se acolhido e reconhecido em sua singularidade. Quando esse processo se dá de forma fragmentada, centrado apenas na dimensão biológica da doença, há risco de desconsiderar necessidades emocionais e relacionais que são fundamentais para a adaptação ao tratamento e à hospitalização.

Sob a perspectiva freireana, a educação em saúde deve ser dialógica e participativa, baseada na construção compartilhada do conhecimento e no reconhecimento do sujeito como protagonista do próprio processo de aprendizagem (Freire, 1970).

Dessa forma, a comunicação terapêutica pode ser compreendida como tecnologia leve do cuidado de enfermagem, capaz de promover a humanização da assistência, favorecer a segurança do paciente e consolidar a educação em saúde como prática cotidiana no ambiente hospitalar. Investir em espaços sistematizados de escuta, no uso de linguagem acessível e adequada ao nível de compreensão do paciente, bem como em relações horizontais entre equipe de enfermagem, paciente e família, configura estratégia essencial para a efetividade do cuidado no período perioperatório e para a melhoria dos desfechos clínicos.

5.3 Estratégias educativas e recursos utilizados

Os resultados evidenciaram que as ações educativas desenvolvidas pela equipe de enfermagem no período perioperatório ocorreram, predominantemente, por meio de orientações verbais e não padronizadas. As informações eram transmitidas de forma espontânea, sem suporte sistematizado de materiais educativos ou protocolos institucionais que garantissem uniformidade, continuidade e registro das orientações. Embora demonstre o empenho dos profissionais em informar o paciente, esse modelo mostra-se insuficiente para assegurar compreensão abrangente sobre o procedimento cirúrgico e o autocuidado no pós-operatório.

Por meio da análise dos dados deste estudo, verificou-se que, embora a instituição disponha de uma cartilha impressa de orientações perioperatórias, elaborada por duas enfermeiras do próprio serviço, esse recurso não tem sido incorporado de forma sistemática à rotina dos andares. Os relatos dos profissionais indicaram desconhecimento sobre o material ou uso pontual e não padronizado, mantendo-se a centralidade da orientação exclusivamente verbal e espontânea. Essa baixa adesão evidencia uma lacuna entre a existência de tecnologias educativas potencialmente qualificadoras do cuidado e sua efetiva utilização na prática cotidiana, o que contrasta com o que a literatura aponta quanto ao papel de materiais estruturados na organização das ações educativas, na padronização das informações e no fortalecimento da comunicação entre equipe e usuários.

Pavinati *et al.* (2022) destacam que tais tecnologias, quando articuladas à educação em saúde, qualificam o processo de ensino-aprendizagem, favorecem a participação ativa dos sujeitos e contribuem para a melhoria da qualidade da assistência. De modo convergente, Borges da Silva, Rodrigues e Ignácio da Silva (2025) mostram que enfermeiros têm produzido e validado diversos recursos educativos – como aplicativos, vídeos e cartilhas –

voltados à segurança do paciente, ao autocuidado e à humanização da assistência, ampliando a efetividade do cuidado e fortalecendo a comunicação entre equipe e usuários.

Sob a perspectiva freireana, Freire (1970) defende uma educação em saúde dialógica e participativa, baseada na construção compartilhada do conhecimento e no reconhecimento do sujeito como protagonista do próprio processo de aprendizagem. Aplicada ao contexto perioperatório, essa concepção rompe com o modelo vertical de transmissão de informações e orienta a utilização de tecnologias educacionais como suportes para um diálogo crítico, acessível e contextualizado.

Diante desses achados, reforça-se a necessidade de padronizar as práticas educativas de enfermagem no contexto perioperatório, de modo que todos os profissionais utilizem a mesma linguagem, sigam o mesmo fluxo de orientações e se apoiem em materiais educativos similares, evitando que cada um conduza o processo de forma isolada e distinta. Essa padronização deve considerar as especificidades de cada categoria profissional, de forma que a equipe médica assuma, prioritariamente, as explicações relacionadas ao procedimento cirúrgico, riscos e condutas médicas, enquanto a equipe de enfermagem se responsabiliza, de maneira estruturada, pelas orientações sobre preparo, cuidados no pós-operatório e autocuidado no domicílio, em um movimento complementar e articulado.

A incorporação de tecnologias e metodologias interativas que garantam a continuidade e a rastreabilidade do processo educativo, aliada à capacitação permanente da equipe, à disponibilização de materiais didáticos acessíveis e à escuta qualificada das dúvidas e necessidades dos pacientes e familiares, configura estratégia essencial para qualificar o cuidado e promover uma assistência mais segura, humanizada e participativa.

5.4 Barreiras e desafios da prática educativa

A análise dos depoimentos dos profissionais evidenciou obstáculos estruturais, organizacionais e relacionais que comprometem a efetividade das ações educativas no contexto perioperatório. Sobrecarga de trabalho, escassez de tempo, insuficiência de recursos materiais e tecnológicos, ausência de protocolos institucionais e, em alguns casos, baixa adesão dos pacientes às atividades educativas foram apontadas como limitações centrais. Esses fatores reduzem as oportunidades de diálogo qualificado, fragilizam o vínculo terapêutico e dificultam a continuidade das orientações, repercutindo diretamente na integralidade e na humanização do cuidado.

Costa *et al.* (2020) destacam que a elevada demanda assistencial, o dimensionamento inadequado de pessoal, lacunas na formação pedagógica dos profissionais e a resistência de parte da população em aderir às ações educativas dificultam a consolidação de processos contínuos e dialógicos em saúde, mantendo a educação restrita a intervenções pontuais e informativas.

De forma convergente, Camargo *et al.* (2018) apontam que a carência de infraestrutura adequada, o acesso limitado a materiais e tecnologias educativas e a ausência de estratégias institucionais sistematizadas configuram barreiras persistentes à implementação de práticas educativas consistentes e à incorporação da educação em saúde de forma sistemática na assistência.

À luz da Análise de Conteúdo de Bardin, conforme discutida por Valle e Ferreira (2025), essas dificuldades configuram-se como barreiras institucionais, pois decorrem de condicionantes estruturais que extrapolam o domínio individual do enfermeiro, restringindo sua autonomia para planejar, executar e avaliar práticas educativas contínuas e transformadoras.

Nessa perspectiva, a escassez de tempo para o diálogo, a ausência de espaços de escuta e a condução de processos comunicativos unidirecionais configuram, na leitura freireana, formas de opressão institucional, uma vez que esvaziam o potencial emancipador da educação em saúde e mantêm o paciente em posição predominantemente passiva no processo de cuidado (Freire, 1970).

Diante desse quadro, torna-se indispensável que as instituições reconheçam a educação em saúde como atribuição fundamental do enfermeiro e a integrem explicitamente à organização do trabalho. A recente Resolução Cofen nº 736/2024 reforça que o Processo de Enfermagem deve ser implementado em todos os contextos de cuidado, fundamentado em suporte teórico, linguagens padronizadas e protocolos institucionais, o que inclui a dimensão educativa como eixo estruturante da assistência.

Ao incorporar protocolos educativos ao Processo de Enfermagem, alocar tempo protegido para orientações individuais e coletivas, disponibilizar recursos didáticos diversificados e investir na qualificação pedagógica das equipes, cria-se um ambiente mais favorável à comunicação terapêutica, ao protagonismo do paciente e à consolidação da educação em saúde como eixo organizador do cuidado no período perioperatório.

5.5 Humanização e escuta ativa no processo educativo

A análise das percepções dos pacientes revelou a presença de sentimentos de medo, ansiedade e insegurança, frequentemente associados à ausência de empatia, paciência e atenção por parte da equipe de enfermagem. Muitos relataram que as orientações recebidas foram rápidas e superficiais, com pouca abertura para perguntas e esclarecimentos, o que gerou sensação de desamparo e falta de acolhimento. Essa lacuna comunicativa fragiliza o vínculo terapêutico, dificulta a adesão às orientações e repercute negativamente na experiência do paciente frente ao procedimento cirúrgico. Achados semelhantes são descritos por Martínez *et al.* (2020), ao evidenciar que o bem-estar de pessoas institucionalizadas está intimamente relacionado à qualidade das relações de cuidado, à presença de escuta, acolhimento e apoio emocional no cotidiano assistencial.

A comunicação humanizada, pautada na escuta ativa e no respeito às singularidades de cada indivíduo, constitui elemento central para a segurança do paciente e para a qualidade da assistência, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade emocional, como o perioperatório de cirurgia cardíaca. O cuidado que reconhece e valida medos, dúvidas e expectativas transcende o ato técnico, configurando-se como processo educativo que favorece confiança, alívio emocional e cooperação com o tratamento. Nesse sentido, práticas de escuta qualificada, acolhimento e presença terapêutica configuram-se como tecnologias leves do cuidado, ao possibilitar troca genuína entre profissional e paciente e estimular a corresponsabilidade pelo cuidado.

De acordo com Horta (1979), a assistência de enfermagem deve abarcar o ser humano em sua totalidade, contemplando necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Essa abordagem integral orienta o enfermeiro a compreender o paciente não apenas como portador de uma patologia, mas como sujeito inserido em uma história de vida, com valores, crenças e significados próprios. Na mesma direção, Heck *et al.* (2024), ao analisarem a assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, evidenciam que, embora as necessidades psicobiológicas e psicossociais sejam mais frequentemente contempladas, persistem lacunas importantes no cuidado às dimensões emocionais e psicoespirituais, o que reforça a centralidade da humanização e da escuta sensível nesse contexto.

Os princípios defendidos por Nightingale, na obra *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*, conforme discutidos por Souza e Gomes (2013), também convergem para essa perspectiva ao enfatizar que o cuidado de enfermagem envolve, para além do controle de sinais e da realização de procedimentos, a criação de um ambiente terapêutico que considere conforto, tranquilidade, comunicação clara e atenção cuidadosa aos detalhes da experiência do paciente. As autoras destacam que a presença atenta, a observação sensível e a maneira como o profissional se relaciona com quem é cuidado possuem efeito terapêutico concreto, aproximando a prática da enfermagem de um cuidado verdadeiramente humanizado.

Reisdorfer, Leal e Mancia (2021) apontam que o cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca em unidade de terapia intensiva exige não apenas competência técnica, mas também habilidades relacionais que favoreçam uma abordagem integral, contemplando necessidades emocionais e psicoespirituais frequentemente negligenciadas na rotina assistencial. Nessa perspectiva, a escuta ativa e a humanização não se configuram como atributos acessórios, mas como competências essenciais para qualificar o processo educativo e fortalecer o enfrentamento do paciente frente à cirurgia e à hospitalização.

Diante disso, evidencia-se a necessidade de investir em formação continuada e sensibilização da equipe de enfermagem para o desenvolvimento de competências comunicativas, empáticas e relacionais que sustentem a prática da escuta ativa e da humanização no cuidado. À luz das reflexões de Tavares *et al.* (2014), a humanização do cuidado deve ser assumida como processo contínuo de educação permanente por todos os trabalhadores de saúde, superando ações pontuais e mecanizadas. Nessa perspectiva, no contexto perioperatório de cirurgia cardíaca, as ações educativas de enfermagem precisam ser institucionalizadas nas políticas de educação permanente, de modo que o cuidado educativo seja compreendido como compromisso ético e humanístico inerente à prática profissional, e não como tarefa eventual

5.6 Sugestões e propostas de melhoria

As sugestões apresentadas por profissionais e pacientes evidenciaram a necessidade de qualificar e institucionalizar as ações educativas no contexto perioperatório, convergindo, sobretudo, para quatro eixos: ampliação do tempo destinado às orientações, elaboração de

materiais educativos acessíveis, padronização de protocolos de educação em saúde e inclusão sistemática da família no processo de cuidado.

A ampliação do tempo para orientações foi apontada como condição central para que o processo educativo deixe de ser pontual e fragmentado e passe a ocorrer de forma planejada, dialógica e acolhedora. A criação de espaços institucionais específicos para educação em saúde — como momentos previamente agendados para esclarecimento de dúvidas antes da cirurgia — alinha-se às diretrizes da Política Nacional de Humanização, que preconiza a comunicação clara, o acolhimento e o protagonismo do usuário no cuidado (Brasil, 2013).

Os participantes também enfatizaram a necessidade de diversificar os recursos utilizados, sugerindo a elaboração de folders, cartazes, vídeos explicativos e materiais digitais que reforcem as informações fornecidas pela equipe e possam ser revisitados no domicílio. Tais estratégias favorecem a compreensão, ampliam a autonomia do paciente e fortalecem o caráter contínuo da educação em saúde, em consonância com uma prática pedagógica problematizadora e participativa, na qual o usuário é reconhecido como sujeito do processo educativo (Freire, 1970).

Outro ponto recorrente foi a proposição de protocolos institucionais específicos para a educação em saúde no perioperatório, articulados ao Processo de Enfermagem e à Sistematização da Assistência. A institucionalização de rotinas educativas, com etapas, responsabilidades e registros claramente definidos, encontra respaldo nas orientações recentes do Conselho Federal de Enfermagem, que reforçam o Processo de Enfermagem como método orientador do cuidado e destacam a necessidade de fundamentá-lo em teorias, protocolos e práticas baseadas em evidências (Cofen, 2024). Nesse sentido, o planejamento sistemático das orientações educativas deixa de ser uma iniciativa individual e passa a configurar um componente formal do cuidado de enfermagem.

A utilização de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) consiste na construção, por uma equipe interdisciplinar, de um conjunto de propostas de cuidado articuladas com o sujeito, sua família ou grupo, voltadas sobretudo a situações mais complexas, tendo a singularidade e a escuta das necessidades como eixo central (Rio Grande do Sul, 2022).

A inclusão da família nas ações educativas foi indicada como estratégia essencial, especialmente diante da complexidade da cirurgia cardíaca e das demandas do pós-operatório. A participação ativa de familiares nas orientações favorece a continuidade do cuidado no

domicílio, amplia a adesão às recomendações e fortalece a rede de apoio do paciente, reforçando a corresponsabilidade pelo tratamento e a segurança em todo o processo assistencial.

À luz da Análise de Conteúdo, as propostas apresentadas configuraram categorias de natureza transformadora, uma vez que emergem da reflexão crítica dos sujeitos sobre sua própria experiência e apontam caminhos concretos de mudança organizacional (Valle; Ferreira, 2025). Nessa perspectiva, a institucionalização de ações permanentes de educação em saúde e de educação continuada em enfermagem — com ênfase em comunicação terapêutica, escuta qualificada e uso de tecnologias educativas — representa um passo fundamental para consolidar uma cultura educativa no ambiente hospitalar, alinhada aos princípios da humanização, da participação ativa do paciente e da melhoria contínua da qualidade do cuidado.

5.7 Conclusão da análise de dados

A análise e discussão dos dados permitiram compreender que as ações educativas desenvolvidas no período perioperatório ainda se encontram em processo de consolidação, sendo marcadas por práticas predominantemente verbais e pouco padronizadas. A ausência de protocolos específicos e o uso restrito de materiais educativos configuram-se como barreiras institucionais que fragilizam a comunicação, dificultam a continuidade das orientações e comprometem a efetividade da educação em saúde.

Apesar dessas limitações, evidenciou-se o comprometimento dos profissionais em orientar e acolher os pacientes, mesmo diante de um cenário organizacional adverso. A pesquisa reafirmou a centralidade da comunicação empática e da escuta ativa como tecnologias leves que qualificam o processo educativo e favorecem a humanização do cuidado.

Constatou-se, ainda, a necessidade de incorporar metodologias educativas mais dinâmicas e participativas, apoiadas por recursos tecnológicos e materiais didáticos acessíveis, bem como de padronizar fluxos e conteúdos educativos por meio de protocolos institucionais articulados ao Processo de Enfermagem.

De modo geral, os resultados reafirmam que a educação em saúde no perioperatório é um processo essencial para a segurança, a autonomia e a recuperação do paciente, exigindo do

enfermeiro competências comunicativas, sensibilidade relacional e atuação pautada na integralidade e na humanização do cuidado. Essas evidências sustentam as propostas apresentadas nas considerações finais deste trabalho, as quais buscam contribuir para o aprimoramento da assistência de enfermagem em cirurgia cardíaca, com ênfase na qualificação das ações educativas e na consolidação de uma cultura institucional voltada à educação em saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstram que as ações educativas desenvolvidas no período perioperatório de cirurgia cardíaca, embora reconhecidas como fundamentais pelos profissionais, ainda ocorrem de forma fragmentada, predominantemente verbal e sem o apoio de protocolos institucionais padronizados. Essa configuração limita a compreensão dos pacientes, especialmente daqueles com menor escolaridade e maior vulnerabilidade emocional, comprometendo a adesão às orientações e a segurança no pós-operatório.

O uso reduzido de materiais educativos, aliada ao reduzido tempo disponível para o diálogo, evidencia um cenário em que a transmissão de informações se sobrepõe à construção compartilhada do conhecimento. Nessa perspectiva, a comunicação terapêutica, quando conduzida com escuta ativa e linguagem acessível, emerge como elemento essencial para fortalecer a autonomia do paciente e qualificar a assistência. As percepções dos participantes mostraram que a ausência de acolhimento e de tempo para a realização das orientações impacta negativamente a experiência cirúrgica e dificulta o autocuidado no domicílio.

A análise também evidenciou lacunas relacionadas à padronização das práticas educativas, com variações entre setores e profissionais que resultam em orientações inconsistentes e, por vezes, insuficientes. A ausência de fluxos formais para o processo educativo contraria as diretrizes do Processo de Enfermagem, que preconizam planejamento, continuidade e registro estruturado das intervenções. Nesse sentido, a adoção de protocolos específicos, articulados aos referenciais teóricos de Wanda Horta, pode contribuir para um cuidado mais integral, humanizado e alinhado às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais dos pacientes.

No âmbito da educação em saúde, destaca-se que a abordagem dialógica proposta por Freire constitui ferramenta estratégica para superar práticas comunicativas verticalizadas, possibilitando maior participação do paciente e de sua família no processo terapêutico. A incorporação de metodologias participativas e de materiais educativos acessíveis, incluindo recursos visuais, pode auxiliar na compreensão do procedimento, preparar emocionalmente o paciente e reduzir complicações pós-operatórias.

Com base nesses achados, conclui-se que o fortalecimento das ações educativas no perioperatório de cirurgia cardíaca demanda investimentos institucionais em educação permanente, adequação de fluxos assistenciais, estímulo à comunicação qualificada,

capacitações entre equipes e valorização do papel do enfermeiro como agente de cuidado e mediador do conhecimento. A utilização de um Plano Terapêutico Singular (PTS), a integração da família ao processo educativo e a criação de estratégias que favoreçam a continuidade das informações no domicílio constituem medidas essenciais para aprimorar a segurança do paciente e promover uma recuperação mais consciente e autônoma.

Assim, as evidências produzidas reafirmam que a educação em saúde representa componente estruturante do cuidado em cirurgia cardíaca, exigindo práticas organizadas, baseadas em evidências e orientadas por princípios de humanização, integralidade e corresponsabilidade. O aprimoramento dessas ações configura-se como caminho indispensável para qualificar a assistência de enfermagem e melhorar os desfechos clínicos e subjetivos dos pacientes submetidos a procedimentos cardíacos de alta complexidade.

7 REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, N. M. de et al. Audiovisual aids in preoperative cardiac surgery education: a scoping review. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 31, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/prdd9TkbdBvrZRxPm5rSZPP>. Acesso em: 21 mai. 2025.
- BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bido-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2025.
- BORGES DA SILVA, K.; DO NASCIMENTO RODRIGUES, R.; IGNÁCIO DA SILVA, A. G. O enfermeiro e a inovação tecnológica em saúde: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 99, n. 4, p. e025079, 2025. DOI: 10.31011/reaid-2025-v.99-n.4-art.1829. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1829>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- BRAILE, D. M.; GODOY, M. F. de. História da cirurgia cardíaca. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, São José do Rio Preto, v. 27, n. 1, p. 125–134, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbccv/a/d5fbTVM7vChKj6PLNCtLwRC/>. Acesso em: 21 mai. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed., 4. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 16 nov. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. II Caderno de Educação Popular em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf. Acesso em: 21 mai. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Tipos metodológicos de estudos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/oer/2018/07/842/aula-1-tipos-metodologicos-de-estudos_2.pdf. Acesso em: 30 jun. 2025.
- CAMARGO, F. C. et al. Competências e barreiras para Prática Baseada em Evidências na Enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 4, p. 2030–2038, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Jn6qys9NmzTnNYNjbtbyNNv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2025.
- CARVALHO, A. C.; LIMA, R. M. A.; SANTOS, M. J. Práticas educativas no perioperatório: o enfermeiro como facilitador do cuidado. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 12, e52101221699, 2021. Disponível em: <https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/21699>. Acesso em: 19 mai. 2025.

CARVALHO, B. V. P.; SILVA, R. S. DA. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 7, p. e49211730150–e49211730150, 2 jun. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/30150>. Acesso em: 10 nov. 2025.

CARVALHO, D. P. DE et al. Perfil de trabalhadores da enfermagem de hospitais universitários e as cargas de trabalho: análise por cluster. *Escola Anna Nery*, v. 26, 12 jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0194>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Gq6J7tWSqk5RjvqSZQPFxkG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2025.

COFEN. Associação entre os fatores de risco e complicações pós-operatórias em cirurgia cardíaca. *Biblioteca Virtual da Enfermagem*, 2022. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/associacao-fatores-risco-complicacoes-pos-operatorias-cirurgia-cardiaca/>. Acesso em: 07 mai. 2025.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Cofen atualiza resolução sobre implementação do Processo de Enfermagem. [S. l.], 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/cofen-atualiza-resolucao-sobre-implementacao-do-processo-de-enfermagem>. Acesso em: 16 nov. 2025.

COSTA, D. A. C. et al. Enfermagem e a educação em saúde. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”*, v. 6, n. 3, e6000012, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1123339/enfermagem-e-a-educacao-em-saude.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2025.

COSTA, Daiane; TRINDADE, Letícia Lessa; AMESTOY, Simone Carla. Teorias de enfermagem aplicadas à Sistematização da Assistência de Enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 26, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/9zrj7LrWzWGJhj7BdZDHXG/>. Acesso em: 05 jun. 2025.

COSTA, R. et al. Desenvolvimento de checklist para assistência perioperatória neonatal em cirurgia cardíaca. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 37, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/NVZNbq7tk6SB49nQvxQR7Gs/>. Acesso em: 13 mai. 2025.

DE OLIVEIRA, W. Élen; DOS SANTOS, M. L. O.; DA SILVA, I. L.; TÁVORA, R. C. de O.; DANTAS, B. A. da S.; VIANA DE LIMA NETO, A. Tecnologias para a educação em saúde no pós-operatório de revascularização miocárdica: protocolo de scoping review. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, [S. l.], v. 98, n. 2, p. e024331, 2024. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/2226>. Acesso em: 6 jun. 2025.

EVANGELISTA, W. A. et al. Cuidados de enfermagem em cirurgia cardíaca: perspectivas da literatura atual. *Saúde Coletiva*, João Pessoa, v. 63, p. 5312–5321, 2021. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1081>. Acesso em: 12 mai. 2025.

FARIAS, R. C.; CRUZ, I. Cuidados de enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Journal of Specialized Nursing Care*, v. 3, n. 2, 2010. Disponível em: <https://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/rt/printerFriendly/2286/501>. Acesso em: 07 mai. 2025.

FELICIANO, Welington Luis Lima; LANZA, Leni Boghossiam; PINTO, Viviane Aparecida Bueno. As representações sociais dos usuários dos serviços de saúde sobre o homem na enfermagem. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, Sorocaba, v. 21, n. 1, p. 15-21, 2019. DOI: 10.23925/1984-4840.2019v21i1a4. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/368099886_AsRepresentacoes_sociais_dos_usuarios_dos_servicos_de_saude_sobre_o_homem_na_enfermagem. Acesso em: 12 nov. 2025.

FLORESTI, F. Cerca de 400 mil pessoas morreram em 2022 no Brasil por problemas cardiovasculares. *Revista Pesquisa FAPESP*, São Paulo, n. 336, fev. 2024. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/cerca-de-400-mil-pessoas-morreram-em-2022-no-brasil-por-problemas-cardiovasculares>. Acesso em: 23 nov. 2025.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970. Disponível em: <https://pibid.unesp.br/noticias/paulo-freire-1970-pedagogia-do-oprimido.pdf/view>. Acesso em: 12 nov. 2025.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002. Disponível em: <https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/11/Pedagogia-da-Autonomia-Paulo-Freire.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2025.

HECK, M. et al. Assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca à luz da Teoria de Wanda Horta. *Research, Society and Development*, v. 13, n. 1, p. e0913144658-e0913144658, 2 jan. 2024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/44658>. Acesso em: 10 nov. 2025.

HOSPITAL SANTA CRUZ. Ambulatório Acadêmico. Santa Cruz do Sul: HSC, 2024. Disponível em: <https://www.hospitalstacruz.com.br/servicos/ambulatorio-academico/>. Acesso em: 30 jun. 2025.

HOSPITAL SANTA CRUZ. Sobre o hospital. Santa Cruz do Sul: HSC, 2024. Disponível em: <https://www.hospitalstacruz.com.br/sobre/>. Acesso em: 30 jun. 2025.

IRAMUTEQ. Iramuteq — IRAMuTeQ. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>. Acesso em: 14 jul. 2025.

LEITE, F. M. et al. Cuidados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 7, n. 14, p. 1-12, 2024. DOI: 10.55892/jrg.v7i14.1151. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1151>. Acesso em: 07 mai. 2025.

LEMOS, R. C. A. et al. Perioperatório de cirurgia cardíaca: aspectos sociodemográficos e suas variações. *Lumen et Virtus*, São José dos Pinhais, v. 46, p. 1-11, 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/3800>. Acesso em: 12 mai. 2025.

LIMA NETO, A. V. et al. Complicações no pós-operatório de cirurgias cardíacas em pacientes adultos: revisão de escopo. *Ciencia y Enfermería*, v. 27, p. 34–45, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v27/0717-9553-cienf-27-34.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2025.

MALHEIROS, N. S. et al. Os benefícios das orientações de enfermagem no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Global Academic Nursing*, São Paulo, v. 2, n. 2, e140, 2021. Disponível em: <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/250>. Acesso em: 11 mai. 2025.

MARCONDES, R. et al. Transplante cardíaco: 30 anos de história. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 177–183, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbccv/a/f3f6vzS3ZCLgQBpVCMqWvSc/>. Acesso em: 21 mai. 2025.

MARTÍNEZ, W. S. N. F. et al. Meaning of well-being of older institutionalized persons in abandonment situation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. suppl 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GQm4BPGrJrhWZpCcX6fJZft/?lang=en>. Acesso em: 16 nov. 2025.

MEDEIROS, A. B. A.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L. B. C. Teoria ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 19, n. 3, p. 518-524, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/9zrj7LrWzWGJhjJ7BdZDHXG/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 23 nov. 2025.

MENDES, M. B. Barreiras à implementação de estratégias de comunicação para a transição de cuidados no perioperatório. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2022. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/15cd1b83-4444-4ee8-8b00-aba68da33d67/download>. Acesso em: 6 jun. 2025.

NEDER, Patrícia Regina Bastos (org.). *Cuidados e especificidades da comunicação médica* [recurso eletrônico]. Belém: Editora da Universidade do Estado do Pará – EDUEPA, 2025. Disponível em: https://eduepa.uepa.br/wp-content/uploads/2025/06/cuidados-e-especificidades-na-comunicacao-medica-13_06_2025.pdf. Acesso em: 28 nov. 2025.

OLIVEIRA, G. M. M. et al. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares no Brasil: estimativas para os últimos cinco anos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 109, n. 1, p. 39–46, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/TjBMVD83F7NMGNJJsP9kXKD/?lang=pt>. Acesso em: 18 mai. 2025.

OLIVEIRA, G. M. M. et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2023. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 2, p. 7–18, 2023. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/estatistica-cardiovascular-brasil-2023/>. Acesso em: 12 mai. 2025.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cardiovascular diseases (CVDs). Geneva, 2017. Disponível em:

[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Acesso em: 07 mai. 2025.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Doenças cardiovasculares. 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>. Acesso em: 07 mai. 2025.

PAVINATI, Gabriel; LIMA, Lucas Vinícius de; SOARES, João Pedro Rodrigues; NOGUEIRA, Iara Sescon; JAQUES, André Estevam; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, [s. l.], v. 26, n. 3, 2022. DOI: 10.25110/arqsaude.v26i3.2022.8844. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/8844>. Acesso em: 12 nov. 2025.

PICCININ PAZ, Vanessa; MANTOVANI, Maria de Fátima; LORENZINI, Elisiane; MATTEI DA SILVA, Ângela Tais; GIOVANI PAES, Robson. Alfabetização em saúde, conhecimento sobre doenças e desafios após cirurgia cardíaca: um estudo de métodos mistos. Aquichan, [s. l.], v. 3, pág. e2534, 2025. DOI: 10.5294/aqui.2025.25.3.4. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/24065>. Acesso em: 5 nov. 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Divisão de Atenção Primária à Saúde. Projeto Terapêutico Singular na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2022. Disponível em: <https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202206/07101125-pts.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2025.

REIS, C. A. dos; CRUZ, D. C.; LIMA, F. C. A comunicação terapêutica e a humanização no cuidado ao paciente cirúrgico. *Revista da Escola de Enfermagem da UFBA*, v. 35, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br>. Acesso em: 07 mai. 2025.

REIS, M. M. R. et al. Perfil epidemiológico de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 1015–1022, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1017337>. Acesso em: 6 nov. 2025.

REISDORFER, A. P.; LEAL, S. M. C.; MANCIA, J. R. Cuidados de enfermagem ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. 2, e20200163, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/PVNRGpQ4ncpHmztdCrtFmZn/?lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2025.

SALZMANN, S.; SALZMANN-DJUFRI, M.; WILHELM, M.; EUTENEUER, F. Psychological preparation for cardiac surgery. *Current Cardiology Reports*, [s. l.], v. 22, n. 172, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11886-020-01424-9>. Acesso em: 28 nov. 2025.

SALVIATI, M. Manual do Aplicativo Iramuteq. [S.l.: s.n.]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-eli-sabesh-salviati>. Acesso em: 26 mai. 2025.

SANTANA, Vilma Maria de et al. Educação em saúde para pacientes no perioperatório de cirurgia cardiovascular: relato de experiência. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 5559-5571, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/26394/20925>. Acesso em: 28 nov. 2025.

SANTOS, F. B. B. et al. A atuação do enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa da literatura. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, v. 12, n. 5, 2023. Disponível em: <https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/41655>. Acesso em: 12 mai. 2025.

SILVA, G. M.; SILVA, V. A. Principais diagnósticos de enfermagem em pacientes hospitalizados pós cirurgia cardíaca: revisão integrativa. 2021. Disponível em: <https://revista.faculdadedinamica.com.br/index.php/saudedinamica/article/view/83>. Acesso em: 12 mai. 2025.

SILVA, S. L. et al. Vivências de aulas práticas supervisionadas de enfermagem no contexto perioperatório: relato de experiência. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 14, e21, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/download/87231/64617/422970>. Acesso em: 6 jun. 2025.

SILVA, W. E. de O. et al. Tecnologias para a educação em saúde no pós-operatório de revascularização miocárdica: protocolo de revisão de escopo. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 98, n. 2, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2024-v.98-n.2-art.2226>. Acesso em: 6 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR (SBCCV). História da cirurgia cardíaca no Brasil. São Paulo: SBCCV, 2024. Disponível em: https://www.sbccv.org.br/residentes/downloads/historia_cirurgia_cardiaca_brasil.pdf. Acesso em: 21 mai. 2025.

SOU ENFERMAGEM. Teoria das necessidades humanas básicas. 2023. Disponível em: <https://www.souenfermagem.com.br/fundamentos/teoria-das-necessidades-humanas-basicas/>. Acesso em: 31 mai. 2025.

SOUZA, H. S. de et al. The Brazilian nursing workforce faced with the international trends: an analysis in the International Year of Nursing. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/physis/2021.v31n1/e310111/pt>. Acesso em: 12 nov. 2025.

SOUZA E GOMES, L. T. *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. Rev. enferm. UFPE on line, Recife, v. 7, n. esp., p. 6723-6724, nov. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12330/15035>. Acesso em: 13 nov. 2025.

SWEIS, Ranya N.; JIVAN, Arif. Cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM). *Manuais MSD – Versão para profissionais de saúde*, fev. 2024. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/doenças-cardiovasculares/doença-coronariana/cirurgia-de-revascularização-do-miocárdio-crm>. Acesso em: 13 mai. 2025.

TAVARES, D. S.; COSTA, L.; GOMES, C. A.; MUSSOI, T. D.; BLÜMKE, A. C.; BACKES, D. S. Humanização e educação permanente: implicações no cotidiano de trabalho. *Disciplinarum Scientia | Saúde*, Santa Maria (RS, Brasil), v. 15, n. 2, p. 205–213, 2016. DOI: 10.37777/1079. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1079>. Acesso em: 8 dez. 2025.

THOMÉ, A. R. C. S. et al. Construção e validação de instrumento para assistência em cirurgia cardíaca segura. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 6, p. 2509–2518, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>. Acesso em: 12 mai. 2025.

VALLE, P. R. D.; FERREIRA, J. D. L. Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação. *Educação em Revista*, v. 41, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/hhywJFvh7ysP5rGPn3QRFWf/>. Acesso em: 12 nov. 2025.

VIEIRA, N. F. Segurança do paciente na assistência de enfermagem perioperatória de uma cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 9, n. 3, p. 1983–2004, 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/9033>. Acesso em: 12 mai. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health promotion. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/health-promotion>. Acesso em: 23 mai. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>. Acesso em: 22 mai. 2025.

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado/a para participar como voluntário da pesquisa intitulada **Assistência de enfermagem na atenção perioperatória em cirurgia cardíaca: ações de educação em saúde ao paciente**, que pretende investigar de que forma as ações educativas vêm sendo conduzidas pela equipe de enfermagem no período perioperatório de cirurgias cardíacas., vinculado ao curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. O pesquisador responsável por esta pesquisa é Janine Koepp, que poderá ser contatada a qualquer tempo através do número (51) 9 9806-2275 e do e-mail janinek@unisc.br.

Sua participação é possível pois você atende aos critérios de inclusão previstos na pesquisa, os quais são possuir a idade igual ou superior a 18 anos, em condições clínicas e cognitivas adequadas para compreender e responder ao instrumento de coleta de dados. No que se refere aos profissionais, serão considerados elegíveis aqueles pertencentes à toda equipe que presta cuidados a estes pacientes com patologias cardíacas, que atuem de forma direta e contínua na assistência a pacientes em período perioperatório de cirurgia cardíaca, tanto nas unidades ambulatoriais quanto nas unidades de internação do Hospital Santa Cruz, incluindo Enfermeiros, técnicos de enfermagem e residentes da cardiologia. A inclusão desses sujeitos visa garantir a representatividade dos diferentes perfis envolvidos no processo educativo e assistencial. Sua participação consiste em responder a um questionário semiestruturado, contendo questões abertas e fechadas, elaborado especificamente para os objetivos desta pesquisa. O instrumento busca compreender as práticas educativas realizadas pela equipe de enfermagem e as percepções dos participantes quanto ao processo de orientação no contexto da cirurgia cardíaca. A aplicação do questionário será realizada em um único encontro, com duração aproximada de 15 a 20 minutos, em local previamente agendado e reservado, na Unidade Ambulatorial Acadêmica (UAA) do Hospital Santa Cruz ou em setores da unidade de internação, conforme o perfil do participante.

Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como desconfortos psíquicos leves, que podem ocorrer durante o relato de experiências pessoais relativas ao processo cirúrgico e às práticas de assistência. Para a instituição hospitalar, os riscos relacionados à realização desta pesquisa é identificar a não realização de uma conduta já preconizada. Todas as atividades serão conduzidas de forma ética, respeitosa e estritamente observadora das normas institucionais e da Resolução CNS nº 466/12, assegurando a não interferência nas dinâmicas operacionais ou organizacionais do serviço. Os riscos/desconfortos, se ocorrerem, serão minimizados da seguinte forma: serão adotadas medidas rigorosas de proteção ética, tais como: a realização das entrevistas em local reservado, tranquilo e previamente acordado com o participante; o uso de linguagem clara, respeitosa e acolhedora por parte da pesquisadora; a possibilidade de interrupção imediata da participação, a qualquer momento, sem justificativa e sem prejuízo de qualquer natureza ao participante. Será disponibilizado um contato telefônico para os participantes, caso tenham dúvidas ou inseguranças para que possam sanar-lás. Por outro lado, a sua participação trará benefícios, como: .

Para sua participação nessa pesquisa você não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza. Ao final da pesquisa você terá acesso aos resultados através da entrega de um relatório técnico à gestão do Hospital Santa Cruz, contendo o conteúdo a compilação dos achados obtidos, análises interpretativas e sugestões de aprimoramento das práticas assistenciais. Esse relatório será redigido em linguagem acessível e objetiva, visando subsidiar a tomada de decisões e contribuir com os processos internos de qualificação da assistência de enfermagem, especialmente no que se refere às ações educativas no contexto perioperatório.

Além disso, serão promovidos momentos de diálogo com as equipes envolvidas, por meio de reuniões presenciais de devolutiva, com o intuito de compartilhar os resultados, estimular a reflexão crítica e valorizar a escuta dos profissionais como parte integrante do processo de melhoria contínua. Em cumprimento às exigências éticas, também será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da

APESC um relatório final, contendo o percurso metodológico, os principais achados e suas implicações, assegurando a conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 e o respeito aos princípios que regem a pesquisa com seres humanos.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ RG ou CPF _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado/a:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo; ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do seguinte endereço: Av. Independência, 2293, Bloco 13 - Sala 1306; ou pelo telefone (51) 3717-7680; ou pelo e-mail cep@unisc.br

Local:

Data:

Nome e assinatura do voluntário

Nome e assinatura do responsável pela
apresentação desse Termo de Consentimento
Livre e Esclarecido

ANEXO II - CARTA DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO PARCEIRA



Santa Cruz do Sul, 30 de julho de 2025.

Prezados Senhores,

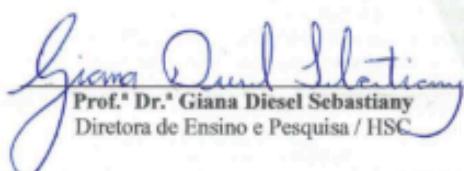
Declaramos para os devidos fins, conhecer o protocolo de pesquisa intitulado **"ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PERIOPERATÓRIA EM CIRURGIA CARDÍACA: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO PACIENTE."** desenvolvido pela Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul UNISC, **Nicole Ferreira Henn**, sob supervisão da orientadora, **Prof.* Enf*. Dra. Janine Koepf**, bem como os objetivos e a metodologia do estudo proposto. Salientamos que publicações acerca dos dados obtidos no referido estudo devem ser previamente submetidos à análise da Instituição.

Afirmamos concordar com o parecer ético consubstanciado que será emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Atenciosamente,


Grazielle de Souza Leal
Coordenadora de Enfermagem UAA /HSC

Enf.* Grazielle de Souza Leal
Coordenadora de Enfermagem UAA /HSC


Prof.* Dr.* Giana Diesel Sebastiany
Diretora de Ensino e Pesquisa / HSC

ANEXO III - CARTA DE APRESENTAÇÃO AO CEP



Santa Cruz do Sul, 11 de Agosto de 2025.

Ao
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Sr. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Prof. Renato Nunes

Encaminho para avaliação deste Comitê de Ética em Pesquisa, o protocolo de pesquisa **"ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PERIOPERATÓRIA EM CIRURGIA CARDÍACA: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO PACIENTE"** tendo como pesquisador responsável JANINE KOEPP a ser realizado no(a) Hospital Santa Cruz - Unidade Acadêmica Ambulatorial. Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso que envolve seres humanos.

O resultado desta pesquisa retornará aos pesquisados serão realizadas por meio da entrega de um relatório técnico à gestão do Hospital Santa Cruz, contendo a compilação dos achados obtidos, análises interpretativas e sugestões de aprimoramento das práticas assistenciais. Esse relatório será redigido em linguagem acessível e objetiva, visando subsidiar a tomada de decisões e contribuir com os processos internos de qualificação da assistência de enfermagem, especialmente no que se refere às ações educativas no contexto perioperatório. Além disso, serão promovidos momentos de diálogo com as equipes envolvidas, por meio de reuniões presenciais de devolutiva, com o intuito de compartilhar os resultados, estimular a reflexão crítica e valorizar a escuta dos profissionais como parte integrante do processo de melhoria contínua. Em cumprimento às exigências éticas, também será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da APESC um relatório final, contendo o percurso metodológico, os principais achados e suas implicações, assegurando a conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 e o respeito aos princípios que regem a pesquisa com seres humanos.

Aguardando avaliação de parecer deste Comitê, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Nome do Pesquisador Responsável: Janine Koepp

Departamento do Pesquisador Responsável: Ciências da Saúde

Instituição do Pesquisador Responsável: Universidade de Santa Cruz do Sul

Assinatura do Pesquisador Responsável:  JANINE KOEPP

Documento assinado digitalmente

Data: 12/08/2025 08:27:57-3300

Verifique em <https://validar.26.gov.br>

ANEXO IV - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA COM SERES HUMANOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PERIOPERATÓRIA EM CIRURGIA CARDÍACA: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO PACIENTE		
2. Número de Participantes da Pesquisa: 30		
3. Área Temática:		
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde		
PESQUISADOR		
5. Nome: Janine Koepp		
6. CPF: 000.597.070-97	7. Endereço (Rua, n.º): AUGUSTO SPENGLER 1071, SANTO INACIO APT 101 bloco B SANTA CRUZ DO SUL RIO GRANDE DO SUL 96820020	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (51) 9806-2227	10. Outro Telefone: 11. Email: janinek@unisc.br

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

Data: 08 / 08 / 2025


Assinatura

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

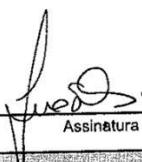
12. Nome: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC	13. CNPJ: 95.438.412/0002-03	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (51) 3717-7680	16. Outro Telefone:	

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Responsável: Ecoal. Curs. Enf. CPF: 65610970091

Cargo/Função: Luciano Schmidt Alves

Data: 11 / 08 / 2025


Assinatura

PATROCINADOR PRINCIPAL

Não se aplica.

ANEXO V - PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PERIOPERATÓRIA EM CIRURGIA CARDÍACA: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO PACIENTE

Pesquisador: Janine Koepp

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 9111950250.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.777.351

Apresentação do Projeto:

Protocolo de Pesquisa intitulado ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PERIOPERATÓRIA EM CIRURGIA CARDÍACA: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO PACIENTE, desenvolvido pela pesquisadora NICOLE FERREIRA HENN, orientado pela Prof.^ª Dra. JANINE KOEPP. As doenças cardivasculares (DCVs) são a principal causa de mortalidade no Brasil, exigindo intervenções cirúrgicas de alta complexidade, como a cirurgia cardíaca. A enfermagem exerce papel essencial no cuidado clínico e na promoção de ações educativas, que favorecem a compreensão e o autocuidado por parte dos pacientes no período perioperatório. Estudo qualitativo, descritivo e transversal, que ocorrerá na Unidade Ambulatorial Acadêmica do Hospital Santa Cruz. A coleta de dados será realizada com questionários semiestruturados aplicados a pacientes e profissionais de saúde.

Informações coletadas do arquivo [PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2815828.pdf](#) disponibilizado em 13/08/2025.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos presentes, claros e exequíveis, os quais sejam:

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitário CEP: 96.815-600
UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br

Continuação do Processo: 7.777.361

Objetivo Primário:

Investigar de que forma as ações educativas vêm sendo conduzidas pela equipe de enfermagem no período perioperatório de cirurgias cardíacas.

Objetivo Secundário:

Diagnosticar fragilidades nas orientações fornecidas aos pacientes, considerando seus aspectos formais, conteúdos abordados e adequação às necessidades individuais;

Analisa o impacto dessas ações educativas na autonomia do paciente e na prevenção de desfechos clínicos desfavoráveis;

Propor estratégias educativas que promovam o fortalecimento do vínculo entre equipe de enfermagem e paciente, favorecendo uma assistência mais humanizada, segura e participativa.

[Informações coletadas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2615828.pdf](#) disponibilizado em 13/08/2025.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos para o sujeito: Os riscos potenciais limitam-se a desconfortos psíquicos leves, que podem ocorrer durante o relato de experiências pessoais relativas ao processo cirúrgico e às práticas de assistência. Para prevenir ou minimizar tais desconfortos, serão adotadas medidas rigorosas de proteção ética, tais como: a realização das entrevistas em local reservado, tranquilo e previamente acordado com o participante; o uso de linguagem clara, respeitosa e acolhedora por parte da pesquisadora; a possibilidade de interrupção imediata da participação, a qualquer momento, sem justificativa e sem prejuízo de qualquer natureza ao participante. Será disponibilizado um contato telefônico para os participantes, caso tenham dúvidas ou inseguranças para que possam sanar-las.

Adicionalmente, o anonimato será plenamente garantido por meio da codificação dos dados e da supressão de qualquer informação que permita a identificação direta ou indireta dos sujeitos. Todos os dados coletados serão armazenados em ambiente digital seguro, com acesso restrito à pesquisadora principal, e preservados por um período de cinco anos, conforme previsto pelas diretrizes éticas da Resolução CNS nº 466/12. Após esse período, os dados serão descartados.

Riscos para a instituição: Para a instituição hospitalar, os riscos relacionados à realização desta

Continuação do Parecer: 7.777.361

pesquisa é identificar a não realização de uma conduta já preconizada. Todas as atividades serão conduzidas de forma ética, respeitosa e estritamente observadora das normas institucionais e da Resolução CNS nº 466/12, assegurando a não interferência nas dinâmicas operacionais ou organizacionais do serviço.

Benefícios:

Benefícios para o sujeito Como benefício, espera-se que os participantes contribuam para a construção de conhecimento científico voltado à qualificação da assistência de enfermagem, especialmente no que se refere às ações educativas realizadas no contexto perioperatório de cirurgias cardíacas. A longo prazo, os resultados poderão subsidiar melhorias nas estratégias de orientação e no cuidado humanizado aos pacientes submetidos a esse tipo de procedimento.

Benefícios para a Instituição: Em contrapartida, os potenciais benefícios são significativos. Os resultados obtidos poderão subsidiar a identificação de fragilidades e potencialidades nas práticas educativas realizadas pela equipe de enfermagem no contexto do perioperatório de cirurgias cardíacas. Com isso, a instituição poderá se beneficiar da produção de dados concretos para apoiar o desenvolvimento de ações de educação permanente, padronização de estratégias de orientação ao paciente e aprimoramento dos fluxos de cuidado. Além disso, a pesquisa fortalecerá a articulação entre ensino, serviço e pesquisa, contribuindo para a consolidação de práticas assistenciais centradas nas necessidades da instituição.

Informações coletadas do arquivo [PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2815828.pdf](#) disponibilizado em 13/08/2025.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo será de natureza qualitativa, com delineamento transversal e abordagem descritiva. A abordagem qualitativa tem como foco a compreensão subjetiva das experiências e percepções dos pacientes e profissionais de enfermagem no contexto do perioperatório de cirurgias cardíacas. A pesquisa qualitativa é indicada quando o objeto de estudo envolve significados, valores, atitudes e interações, e não pode ser adequadamente captado por métodos quantitativos. O delineamento será transversal, dado que a coleta de dados ocorrerá em um único momento, permitindo a análise pontual das práticas educativas e da assistência prestada, sem o acompanhamento ao longo do tempo (BVS, 2018). Além disso, a investigação

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51) 3717-7680 E-mail: cep@unic.br

Continuação do Parecer: 7.377.361

terá caráter descritivo, pois visa identificar, registrar e interpretar com profundidade as ações educativas desenvolvidas pela equipe de enfermagem, sem a intenção de interferir ou modificar a realidade observada.

Informações coletadas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2615828.pdf disponibilizado em 13/08/2025.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Recomendações:

Vide campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo de Pesquisa APROVADO e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil e validados pelo CEP-UNISC.

Considerações Finais a critério do CEP:

PROTOCOLO APROVADO e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil e validados pelo CEP-UNISC.

Alerta-se o pesquisador responsável para a necessidade de realizar e encaminhar ao CEP-UNISC, via Plataforma Brasil, os Relatórios Parciais de Acompanhamento da Pesquisa e o Relatório Final de Acompanhamento da Pesquisa. Os formulários para os relatórios estão disponíveis no link do CEP-UNISC (<https://www.unisc.br/pt/pesquisa/comite-de-etica>), aba Documentação, Arquivo Modelo de Relatório Parcial ou Final de Pesquisa. É o mesmo formulário para ambos os relatórios (as marcações no próprio formulário é que diferem, a depender da natureza do projeto).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitário CEP: 96.810-000
UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (31)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br

UNISC - UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 7.777.351

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_2615828.pdf	13/08/2025 07:48:37		Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	carta_NicoleHenn.pdf	13/08/2025 07:18:14	NICOLE FERREIRA HENN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TC_NICOLEHENN.pdf	13/08/2025 07:16:04	NICOLE FERREIRA HENN	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_NicoleHenn.pdf	13/08/2025 07:13:52	NICOLE FERREIRA HENN	Aceito
Outros	Aceito_NicoleHenn.pdf	11/08/2025 17:43:33	NICOLE FERREIRA HENN	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_NicoleHenn.pdf	11/08/2025 17:35:57	NICOLE FERREIRA HENN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_NicoleHenn.pdf	11/08/2025 17:34:14	NICOLE FERREIRA HENN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 19 de Agosto de 2025

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1308
Bairro: Universitário CEP: 96.815-000
UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)0717-7680

E-mail: cep@unisc.br

APÊNDICES

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS (PACIENTES)

I. Dados Sociodemográficos

1. Idade: _____
2. Sexo: () Feminino () Masculino () Prefiro não dizer
3. Escolaridade: () Analfabeto () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo () Ensino Superior
4. Profissão: _____
5. Você mora com alguém? () Sim () Não. Quem? _____
6. Com quais doenças/comorbidades você convive atualmente?
() HAS () DM () ASMA () CA () Nenhuma
() Outro: _____
7. Qual o tipo de cirurgia cardíaca realizada? _____
- Histórico de doenças cardíacas/relacionadas na família? () Sim () Não () Não sei responder

II. Sobre o Período Pré-Operatório

8. Você recebeu orientações da equipe de enfermagem antes da cirurgia?
() Sim () Não () Não lembro
9. De forma geral, como você se sentia emocionalmente antes da cirurgia?
(Aberta)

10. As orientações recebidas antes da cirurgia ajudaram a diminuir sua ansiedade? Por quê?

(Aberta)

11. Marque os temas que foram abordados nas orientações pré-operatórias:

Alimentação antes da cirurgia Jejum Riscos da cirurgia

Medicamentos Cuidados com a higiene Cuidados com o pós-operatório

Nenhum Outros: _____

12. Como as informações foram apresentadas a você?

Verbalmente Por escrito Por vídeos ou materiais ilustrativos Não foram apresentados Outro: _____

13. Você teve oportunidade de perguntar ou conversar com a equipe sobre a cirurgia?

- Sim, conversei bastante
- Sim, mas de forma rápida
- Não tive oportunidade
- Tive dúvidas, mas não me senti à vontade para perguntar

14. Houve algum tema que você gostaria de ter recebido mais explicações? Qual?

(Aberta)

III. Sobre o Período Pós-Operatório

15. Após a cirurgia, você recebeu orientações de alta para cuidar de si em casa?

Sim Não Parcialmente

16. Quais profissionais participaram dessas orientações?

(Aberta)

17. As orientações para casa incluíram:

- Alimentação Cuidados com a ferida cirúrgica Uso de medicamentos
- Sinais de alerta (febre, dor, sangramento) Atividades físicas ou repouso
- Marcação de retornos Nenhuma das alternativas

18. Você se sentiu confiante para cuidar de si mesmo após a alta hospitalar? Por quê?

(Aberta)

19. Houve alguma dificuldade para entender ou aplicar as orientações em casa? Qual?

(Aberta)

20. Alguém da sua família também recebeu orientações para ajudá-lo(a) no cuidado?

- Sim Não

IV. Percepções sobre a Assistência de Enfermagem

21. Como você descreveria o atendimento da equipe de enfermagem durante sua internação?

(Aberta)

22. Em sua opinião, o que poderia ter sido feito de forma diferente pelas enfermeiras/os?

(Aberta)

23. O que mais te marcou (positiva ou negativamente) em relação à comunicação com a equipe de enfermagem?

(Aberta)

24. Você acredita que as orientações que recebeu impactaram positivamente na sua recuperação?

() Sim, bastante () Em parte () Não percebi impacto () Não recebi orientações suficientes

25. Na sua opinião, o que poderia melhorar nas orientações dadas a pacientes como você?

(Aberta)

APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS (PROFISSIONAIS)

I. Dados Profissionais

1. Categoria profissional:

- () Enfermeiro(a) () Técnico(a) de Enfermagem
() Médico(a) Cirurgião () Residente () Enfermagem () Medicina ()

Outro: _____

2. Sexo: () Feminino () Masculino () Prefiro não dizer

3. Idade: _____

4. Tempo de atuação na área cardiovascular:

- () Menos de 1 ano () 1 a 3 anos () 4 a 9 anos () 10 anos ou mais

5. Turno de trabalho:

- () Manhã () Tarde () Escala 12x36 () Outro: _____

II. Sobre as Práticas Educativas no Perioperatório

6. Você costuma realizar orientações educativas aos pacientes em cirurgia cardíaca?

- () Sim, regularmente () Às vezes () Raramente () Nunca

7. Em qual momento as orientações são mais frequentemente realizadas?

- () No pré-operatório () No pós-operatório () Em ambos os momentos

8. Quais estratégias você utiliza para orientar o paciente? (marque todas que se aplicam)

- () Conversa direta () Folder/folheto impresso () Vídeo educativo
() Participação da família () Nenhuma estratégia específica
() Outras: _____

9. As orientações são adaptadas ao nível de compreensão do paciente?

() Sempre () Às vezes () Raramente () Nunca

10. Você percebe resistência ou dificuldade dos pacientes em compreender as orientações?

() Sim, frequentemente () Às vezes () Raramente () Nunca

III. Percepções e Desafios na Prática Profissional

11. Quais temas você considera essenciais nas orientações aos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca?

(Aberta)

12. Existe tempo adequado para realizar orientações educativas durante sua rotina de trabalho?

() Sim () Parcialmente () Não

• Justifique: _____

13. Quais são os principais obstáculos enfrentados para realizar orientações mais completas e humanizadas?

(Aberta)

14. Como você considera a comunicação da equipe multiprofissional na condução das orientações?

() Excelente () Boa () Regular () Ruim

• Comente se desejar: _____

15. Você acredita que as orientações fornecidas influenciam na recuperação e no autocuidado dos pacientes?

() Sim, com certeza () Sim, parcialmente () Não percebo impacto ()

Nunca parei para refletir sobre isso

IV. Educação em Saúde e Humanização

16. Você sente que a equipe valoriza o momento educativo como parte da assistência?

() Sim () Parcialmente () Não

17. As orientações são padronizadas ou variam conforme o profissional que as aplica?

() São padronizadas () Variam bastante () Não há orientação definida

18. Existe participação ativa da família nas orientações educativas?

() Sim, frequentemente () Às vezes () Raramente () Nunca

19. Você já participou de capacitações específicas sobre educação em saúde no perioperatório?

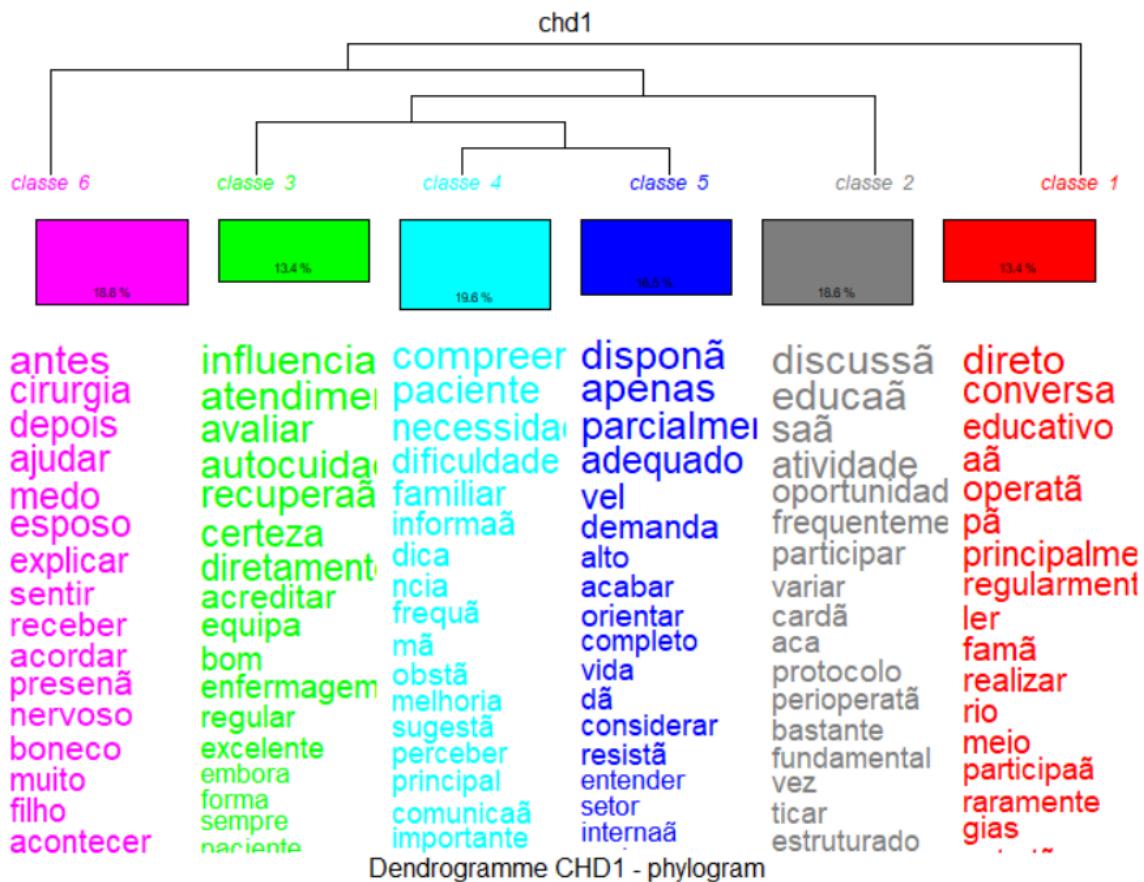
() Sim, recentemente () Sim, há mais de 1 ano () Não () Não me recordo

20. Na sua opinião, o que poderia ser melhorado nas ações educativas para pacientes em cirurgia cardíaca?

(Aberta)

APÊNDICE III - DENDROGRAMA

Figura A1 – Dendrograma das classes lexicais geradas pelo IRaMuTeQ



Fonte: dados da pesquisa (IRaMuTeQ, 2025).